

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

SELECT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS



Final Report

Navigating the Journey to Wellness:
The Comprehensive Mental Health and
Addictions Action Plan for Ontarians



2nd Session, 39th Parliament
59 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Select Committee on Mental Health and Addictions

Final report, navigating the journey to wellness : the comprehensive mental health and addictions action plan for Ontarians

Text in English and French on inverted pages.

Title on added t.p.: Rapport final, sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes.

Includes bibliographical references.

Also available on the Internet.

ISBN 978-1-4435-4277-7

I. Mental health policy—Ontario. 2. Drug abuse—Government policy—Ontario. I. Title. II. Title: Navigating the journey to wellness : the comprehensive mental health and addictions action plan for Ontarians. III. Title: Rapport final, sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes.

RA790.7.C2 O57 2010

362.2'09713

C2010-964033-0E

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

LETTER FROM THE MEMBERS OF THE SELECT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS

Ontario needs a comprehensive mental health and addictions plan. Many families have been touched by mental illness and addictions; it is clear that no one is immune. The Select Committee on Mental Health and Addictions is pleased to present its final report and recommendations. We trust that our work over the last 18 months, summarized in this report, will lead to the development of this much needed plan and spark a public dialogue.

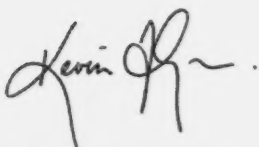
Each of the province's three political parties was represented on the Committee by Members who volunteered to serve because of our personal commitment to people living with a mental illness or addiction. Regardless of our political convictions, we recognized that we must do better. All Ontarians must get the mental health and addictions care they deserve. We worked cooperatively throughout our entire mandate, and we hope that this spirit of collegiality will influence those who must now implement our recommendations.

We would like to thank the Committee's Clerk and staff from the Legislative Research Service. Their hard work and dedication were impressive. The Committee was given an extremely broad mandate—to consider the mental health and addictions needs of the entire province—and it was with their help that we were able to focus on recommendations that we believe will affect the entire system.

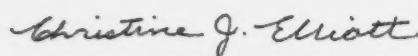
...over

Finally, but most importantly, we would like to thank those who shared their personal stories and experiences with us. The Committee held public hearings on 30 dates during which we heard testimony from over 230 presenters from all regions of Ontario. More than 300 submissions were received, including written briefs, journal articles, and DVDs. We also went beyond traditional hearings venues and were graciously allowed to make site visits to mental health and addictions facilities as well as several First Nations communities. The stories and experiences greatly affected each Member of the Committee and laid the foundation for our recommendations.

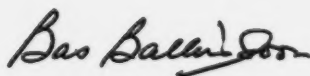
Sincerely,



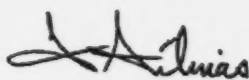
KEVIN DANIEL FLYNN
Chair



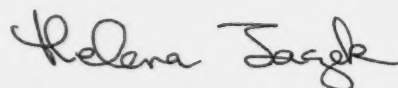
CHRISTINE ELLIOTT
Vice-Chair



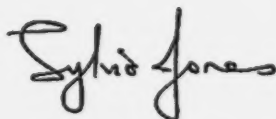
BAS BALKISSOON



FRANCE GÉLINAS



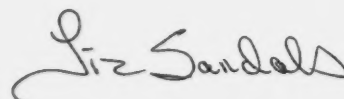
HELENA JACZEK



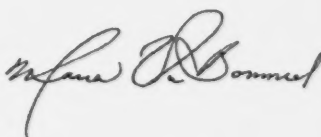
SYLVIA JONES



JEFF LEAL



LIZ SANDALS



MARIA VAN BOMMEL

Legislative
Assembly
of Ontario

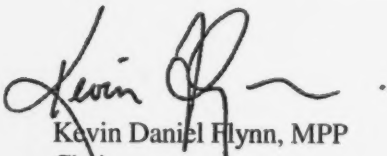


Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

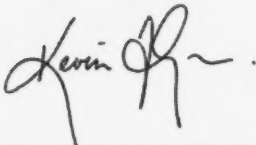
Your Select Committee on Mental Health and Addictions has the honour to present its Final Report entitled "Navigating the Journey to Wellness: The Comprehensive Mental Health and Addictions Action Plan for Ontarians" and commends it to the House.


Kevin Daniel Flynn, MPP
Chair

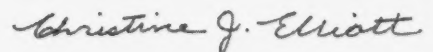
Queen's Park
August 2010

Finally, but most importantly, we would like to thank those who shared their personal stories and experiences with us. The Committee held public hearings on 30 dates during which we heard testimony from over 230 presenters from all regions of Ontario. More than 300 submissions were received, including written briefs, journal articles, and DVDs. We also went beyond traditional hearings venues and were graciously allowed to make site visits to mental health and addictions facilities as well as several First Nations communities. The stories and experiences greatly affected each Member of the Committee and laid the foundation for our recommendations.

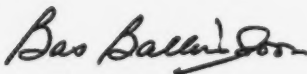
Sincerely,



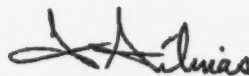
KEVIN DANIEL FLYNN
Chair



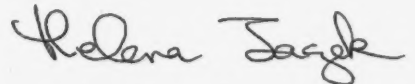
CHRISTINE ELLIOTT
Vice-Chair



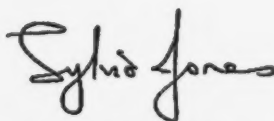
BAS BALKISSOON



FRANCE GÉLINAS



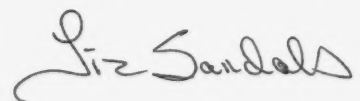
HELENA JACZEK



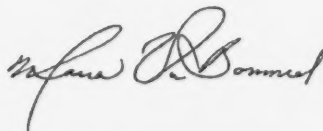
SYLVIA JONES



JEFF LEAL



LIZ SANDALS



MARIA VAN BOMMEL

Legislative
Assembly
of Ontario

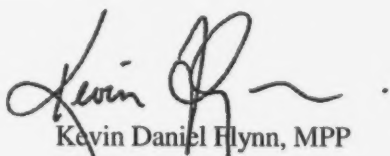


Assemblée
législative
de l'Ontario

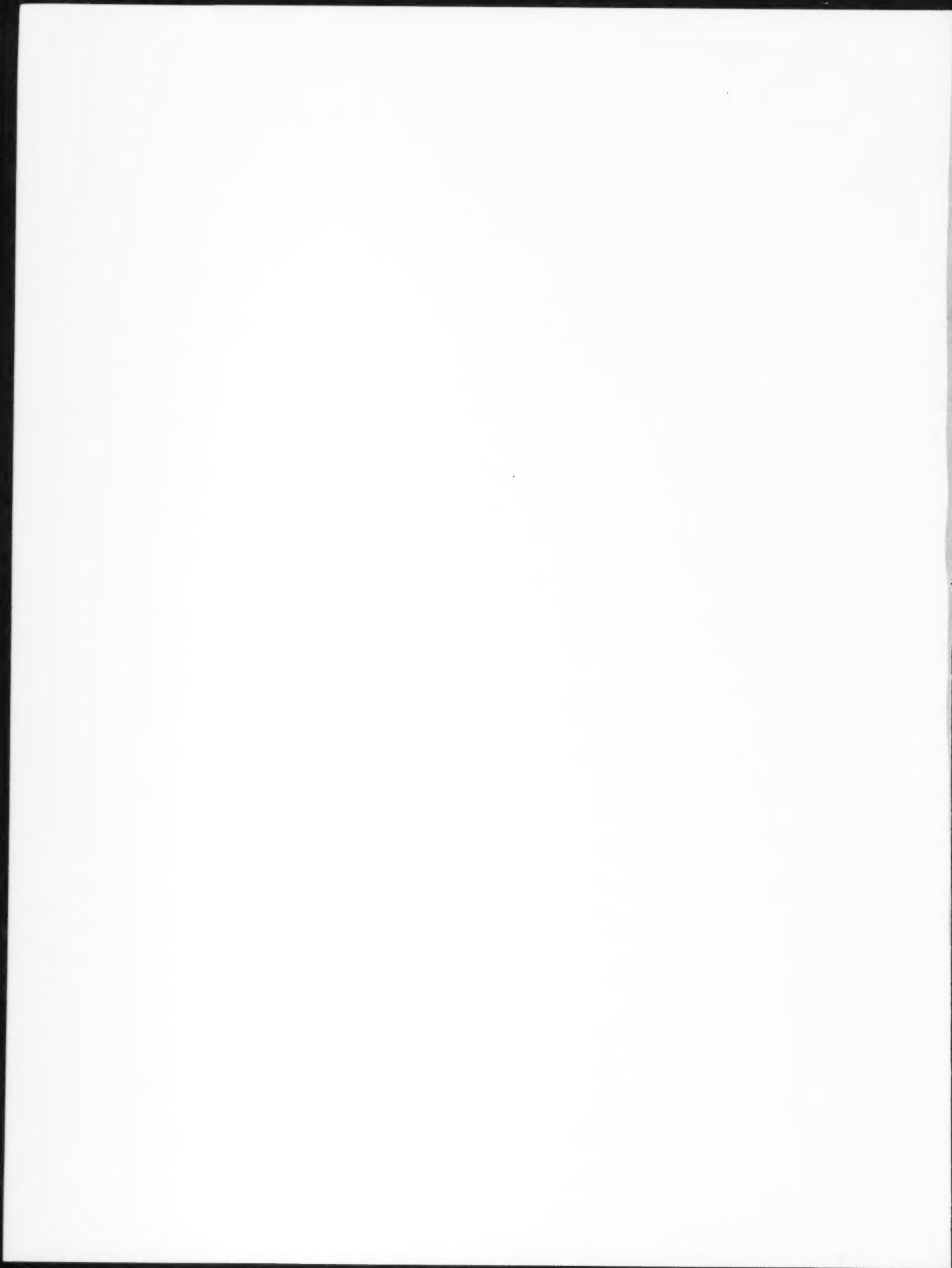
The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Select Committee on Mental Health and Addictions has the honour to present its Final Report entitled "Navigating the Journey to Wellness: The Comprehensive Mental Health and Addictions Action Plan for Ontarians" and commends it to the House.


Kevin Daniel Flynn, MPP
Chair

Queen's Park
August 2010



SELECT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS

MEMBERSHIP LIST

KEVIN DANIEL FLYNN
Chair

CHRISTINE ELLIOTT
Vice-Chair

BAS BALKISSOON

FRANCE GÉLINAS

HELENA JACZEK

SYLVIA JONES

JEFF LEAL

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

Susan Sourial
Clerk of the Committee

Carrie Hull
Research Officer

Elaine Campbell
Research Officer

CONTENTS

INTRODUCTION	1
MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS ONTARIO	3
ESSENTIAL SERVICES AND SUPPORTS	6
Core Basket of Coordinated Services	6
Treatment	7
Access to Beds	7
Assessment	8
Crisis Response	8
Emergency Departments	9
Primary Care	9
Community Services and Supports	10
Housing	11
Peer Support	11
Employment	11
Support for Families and Caregivers	12
JUSTICE ISSUES	13
Courts and Corrections	13
Legislation	14
Mental Health Act and Health Care Consent Act, 1996	14
Personal Health Information Protection Act, 2004	16
CONCLUSION AND FOLLOW-UP	18
CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS	19
APPENDIX A: Committee Mandate and Processes	
APPENDIX B: Schedule of Public Hearings; List of Witnesses and Submissions	
APPENDIX C: Schedule 1 Designated Psychiatric Facilities	
APPENDIX D: Ontario's <i>Mental Health Act, Health Care Consent Act, 1996</i> and <i>Personal Health Information Act, 2004</i>	

INTRODUCTION

The Select Committee on Mental Health and Addictions is pleased to present its final report. We began our investigation of mental health and addictions care in Ontario more than 18 months ago, when the Select Committee was created in February 2009.¹ Since then, we have been privileged to share the stories of Ontarians living and often struggling with mental health and addictions issues. It is an understatement to say that we have been moved by what we have heard. Rather, we have been changed by what we have heard, and are now convinced that a radical transformation of mental health and addictions care is necessary if Ontarians are to get the care they need and deserve.

From the parents sleeping by their front door to prevent their son from slipping out to buy drugs, to the daughter who dealt with more than 20 health care providers and social service agencies on her mother's behalf, to the husband who was in the room when his wife committed suicide, we have listened to your stories. These were extremely difficult moments for families to share with the Select Committee.

There were uplifting moments as well. The Select Committee was delighted to meet the woman who could finally speak publicly about her anxiety disorder, the young man confronting his addictions and working to prevent others from taking the same path, and the mother whose son finally managed his schizophrenia, got a job, made new friends, and thanked her for all she had done.

But it is fair to say that these positive stories were in the minority. In general, Ontarians wait too long for treatment. Youth are caught in the gap between programs for children and adults, repeating their case histories to a series of unconnected service providers. First Nations people struggle with above-average rates of mental illness, addictions, and youth suicide owing in part to a history of poverty and the consequences of residential schooling. Francophones are misdiagnosed because they are not treated in their first language. Linguistic and cultural barriers may also affect newcomers and refugees. Seniors unnecessarily languish with depression, often undiagnosed, while society as a whole must face what has been called the coming tsunami of Alzheimer disease.

Similarly, individuals with autism, eating disorders, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, or a dual diagnosis are orphaned by a system that seemingly has no place for them.² Seriously ill people are often turned away from emergency departments, or released from hospital before their condition has stabilized or without a discharge plan. Those with a concurrent disorder are told to deal with

¹ The Committee's mandate and other information about its history, public hearings, and site visits are presented in Appendix A. Its schedule of public hearings, and a list of witnesses and submissions are found in Appendix B.

² Fetal Alcohol Spectrum Disorder is the spectrum of disabilities that may affect individuals whose mothers drank alcohol during pregnancy, while dual diagnosis refers to people who have both an intellectual disability and mental health needs.

their addictions first.³ Approximately one in ten people suffer from highly treatable, yet overlooked, conditions such as anxiety disorders. Finally, “community support” often means that an individual is cared for by a stressed, over-burdened family struggling along without assistance.

In sum, the Select Committee heard so many stories of distress that we unanimously agreed that we must do better. Furthermore, because the Select Committee was given an extremely broad mandate—considering the mental health and addictions needs of the entire province—we have decided to focus on recommendations that we believe will affect the entire system.

To ensure that we address as many concerns as possible, the Select Committee is recommending the creation of a new organization responsible for overseeing the entire mental health and addictions system. We are also recommending that a core basket of services be made available in all regions of Ontario. We believe that these recommendations, along with several key proposals in the areas of justice programs and mental health legislation, have the best chance of producing the greatest improvement in care for the greatest number of people.

The Select Committee held a frank discussion about the fact that it often takes a crisis to accomplish a major social or political change. We are convinced that this crisis has arrived. However, it is one suffered silently, as those experiencing a mental illness or addiction are ignored, stigmatized, and lack the social power to demand change. These individuals are expecting us to finally take action. We, in turn, expect our recommendations to be adopted. We strongly encourage the Legislature to endorse our recommendations and advocate for their implementation.⁴

³ A concurrent disorder is one in which a person has both a mental illness and a substance abuse issue.

⁴ The Minister’s Advisory Group on Mental Health and Addictions is reporting to the Ministry of Health and Long-Term Care and is receiving more expert opinion on a narrower range of concerns. We thank the Minister’s Advisory Group for its efforts, and trust that the work of our two groups will be complementary.

MENTAL HEALTH AND ADDICTIONS ONTARIO

One of the main problems in Ontario's mental health and addictions system is that there is, in fact, no coherent system. Mental health and addictions services are funded or provided by at least 10 different ministries. Community care is delivered by 440 children's mental health agencies, 330 community mental health agencies, 150 substance abuse treatment agencies, and approximately 50 problem gambling centres. Many people simply fall through the cracks, or give up in frustration because of the complexity of the system.

The Select Committee was struck by the observation that no one person or organization is responsible for connecting these various parts, or "breaking down the silos" as we so often heard. There is also no single organization responsible for ensuring that mental health and addictions services and supports are delivered consistently and comprehensively across Ontario.

The Select Committee therefore recommends

1. A new umbrella organization—Mental Health and Addictions Ontario (MHAO), responsible to the Ministry of Health and Long-Term Care—should be created to ensure that a single body is responsible for designing, managing, and coordinating the mental health and addictions system, and that programs and services are delivered consistently and comprehensively across Ontario.

and

All mental health and addictions programs and services—for all regions of the province and for all ages, including children and youth—should be consolidated in the Ministry of Health and Long-Term Care.

The integration of the mental health system must start at the top, and it is our belief that this recommendation has the best chance of addressing the most serious problems affecting our current mental health and addictions system, and helping the most people. Cancer Care Ontario provides one successful model of the kind of leadership, authority, and integration that the Select Committee is envisioning.

We recommend the following mission statement, strategic goals, and responsibilities for the new Mental Health and Addictions Ontario:

Mission Statement for Mental Health and Addictions Ontario

To reduce the burden of mental illness and addictions by ensuring that all Ontario residents have timely and equitable access to an integrated system of excellent, coordinated and efficient promotion, prevention, early intervention, treatment, and community support programs

Strategic Goals	Responsibilities
System Design <i>To develop the provincial and regional framework for the delivery of mental health and addictions services</i>	• Establish a structure in which a single entity in each region of the province, accountable to MHAO, is responsible for coordinating the delivery of mental health and addictions services and supports in that region • Conduct an inventory of services and providers • Develop the optimal mix of services and providers by eliminating gaps and duplication in the core basket of services
System Management <i>To plan, organize, manage, and oversee the delivery of mental health and addictions services</i>	• Advise the Ministry of Health and Long-Term Care on all matters related to mental health and addictions • Promote interministerial and intergovernmental coordination, including with the Mental Health Commission of Canada • Oversee a comprehensive provincial mental health and addictions strategy • Establish the accountability of all mental health and addictions agencies and ensure that service delivery meets provincial standards • Play an active role in funding decisions for institutional, residential, and community treatment services
Service Delivery <i>To ensure timely and equitable access to assessment and treatment for all Ontarians</i>	• Identify the basket of core services to be delivered at the community level, allowing for regional variability and cultural sensitivity (e.g., traditional healing services may be appropriate in some regions) • Develop a wait-time strategy for underserved populations and conditions, specifically, but not limited to, children and those with severe and persistent conditions • Ensure that every region has an access route to specialized services, such as, but not limited to, those pertaining to concurrent disorders • Ensure the appropriate accreditation of service providers and appropriate qualifications of individuals working for service providers • Ensure the provision of system navigation services via appropriate intake processes and ongoing case management
Supportive Care <i>To ensure seamless navigation to housing, income, employment, peer support, and other social services</i>	• Ensure cooperation between hospitals, residential care programs, community treatment programs, housing supports, and social service providers • Ensure appropriate transitions between services

Improved Outcomes <i>To improve client outcomes through research and best practice guidelines</i>	• Work with mental health and addictions professionals and service providers to fund, conduct and coordinate research, develop program evaluation tools, and identify and disseminate best practices • Develop centres of expertise, similar to the Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at the Children's Hospital of Eastern Ontario, for First Nations, Francophones, and seniors, and for issues such as workplace mental health and employment • Develop and maintain centralized and standardized mental health and addictions data • Improve centralized collection and provision of information regarding the availability of mental health and addictions services
Promotion, Prevention, Early Identification and Intervention <i>To reduce the incidence, severity and mortality of mental illness and addictions through promotion, prevention, and early identification and intervention, from early childhood to the senior years</i>	• Improve knowledge of mental health issues, foster resilience and mental wellness, and increase awareness of how social determinants affect health • Target particular risk factors and high risk populations • Increase knowledge of early signs and symptoms among health care professionals, employers, and educators in particular, but also the general population • Identify and develop common assessment tools • Enable intervention at earliest stage
Reduce Stigma <i>To reduce stigma and the harm it causes</i>	• Coordinate with the Mental Health Commission of Canada regarding an anti-stigma campaign • Address stigma demonstrated by health professionals, emergency responders, and educators through the development of mandatory education programs • Address stigma experienced by mental health and addictions professionals by encouraging careers in these fields and examining the issue of compensation • Work with employers and community agencies to reduce workplace stigma and create employment opportunities for individuals with mental illness and addictions issues

ESSENTIAL SERVICES AND SUPPORTS

The Select Committee is confident that our first recommendation will do much to transform our system of mental health and addictions care; however, we feel it necessary to expand on certain aspects of our expectations of Mental Health and Addictions Ontario. Based on what we have heard and read over the course of our deliberations, the discussion below deals with what we see as priorities for the delivery of mental health and addictions services across the province.

Core Basket of Coordinated Services

Regardless of location or circumstance, many presenters spoke or wrote about their inability to obtain age-appropriate services close to home, long waiting lists, and long lapses between getting an assessment and receiving treatment. We also heard of instances where clients were restricted from accessing services provided outside the confines of a specific geographic area.

At the same time, the Auditor General of Ontario spoke to us about the findings of three audits that appeared in his *2008 Annual Report*:

- The Ministry of Health and Long-Term Care provided transfer payments to local health integration networks (LHINs) which funded about 330 community-based mental health service providers.
- The Ministry of Children and Youth Services provided funding to approximately 440 transfer payment recipients under its Child and Youth Mental Health Program, about 370 of which had an ongoing funding relationship with the Ministry.
- The province's LHINs had service agreements with more than 150 addictions service providers.

The Auditor and his staff referred to accountability-related concerns such as a lack of coordination and collaboration, and a lack of information about quality and quantity with respect to child and youth mental health services. His report expressed concern about the lack of consistency in the practices of community mental health providers, and the autonomy with which child and youth mental health providers operate and the resulting patchwork of services. It also referred to the lack of change in the delivery of addictions programs at the local level, 10 years after recognition of the need for changes such as merging smaller treatment agencies.

This troubling situation, in which there are hundreds of services, yet individuals are still unable to access care, has left Ontarians confused and frustrated when beginning their search for help. People continue to have difficulty navigating once in the system, as needs and service providers change over time. The Select Committee believes that several steps must be taken in order to ensure that

Ontarians have access to a full range of connected, coordinated services and system navigators.⁵

The Select Committee therefore recommends

2. Mental Health and Addictions Ontario should ensure that a basket of core institutional, residential and community services is available in every region of the province for clients of all ages, identify gaps, and eliminate duplication. Referral patterns must be put in place for the provision of those specialized services only available outside of a region. Each region must also have sufficient capacity to care for clients with concurrent disorders.

3. Clients and their families should have access to system navigators who will connect them with the appropriate treatment and community support services (e.g., housing, income support, employment, peer support, and recreational opportunities). Those with continuing, complex needs should be supported by a plan that will lead them through their journey to recovery and wellness, particularly on discharge from institutional or residential treatment.

The Select Committee would also like to make more specific recommendations about the contents of the core basket of services. We have collected these recommendations under the headings of treatment, and community services and support. The Select Committee believes that focusing on each of the items listed below will play a pivotal role in reducing the incidence and severity of mental illness and addictions.

Treatment

The items below are listed in alphabetical order.

Access to Beds

Despite the decades-long move from institutional to community care, presenters indicated that there continues to be a need for acute inpatient treatment, particularly in Schedule 1 designated psychiatric facilities.⁶ We were also told that

⁵ System navigators play a role in the coordination of services. Depending on need, they can include case managers, peer support workers or family members.

⁶ Many public hospitals are designated Schedule 1 psychiatric facilities under the *Mental Health Act* and must comply with the *Public Hospitals Act* and its regulations. (See Appendix C for a list of Schedule 1 designated psychiatric facilities.) Most provide inpatient, outpatient, day care, and emergency services, as well as consultative and educational services to local agencies. Other hospitals (and some Schedule 1 facilities) defined as Schedule 2, 3, 4, 5, and 6 facilities are exempt from providing certain of these services (e.g., Schedule 2 facilities are exempt from the requirement to provide inpatient services). Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Public Information: Health Services in Your Community – Designated Psychiatric Facilities under the *Mental Health Act*," updated 27 October 2003, last modified 26 April 2010. Internet site at <http://www.health.gov.on.ca/english/public/contact/psych/designated.html>, accessed 23 July 2010.

the criteria used to assess whether or not someone is admitted to hospital, how long they stay and when they get discharged need to be reassessed. Some presenters were convinced that admission and discharge decisions were based on bed availability as opposed to need.

The Select Committee therefore recommends

4. Mental Health and Addictions Ontario should conduct an assessment of the need for acute care psychiatric beds for both children and adults by region.

Assessment

Presenters identified prevention, early identification and early intervention as critical components of a more effective and efficient children's mental health system. We concur and firmly believe that these are essential components at all stages of an individual's life. We acknowledge that there are assessment and screening tools in use but feel that provincially-applied, evidence-based, age-appropriate assessment and screening tools are necessary to ensure consistency.

The Select Committee therefore recommends

5. Mental Health and Addictions Ontario should ensure that primary care providers and relevant staff in all levels of the education and long-term care systems have access to common, age-appropriate, evidence-based assessment and screening tools.

Crisis Response

Presenters believed that hospital wait times could be reduced and the quality of services could be improved by having hospitals and community organizations work together to develop coordinated and standardized non-hospital crisis services. These services could include 24/7 mobile crisis intervention teams (for adults and children), mobile crisis home treatment, and crisis centres. We were intrigued by these possibilities and impressed with some innovative services already in place around the province, such as COAST (Crisis Outreach and Support Team) which partners health and social services personnel with police officers.

We also learned that Telehealth Ontario has specific protocols for mental health symptoms for adults and children, an alternative referral source specific to mental health, and a database containing approximately 290 mental health agencies,⁷ but note that this is not widely known.

⁷ Information contained in e-mail from staff, Office of the Deputy Minister, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, 8 June 2010.

The Select Committee therefore recommends

6. Mental Health and Addictions Ontario should facilitate the creation of more 24/7 mobile crisis intervention teams.

7. The Ministry of Health and Long-Term Care should expand and do more to publicize Telehealth Ontario's ability to respond to callers with mental health and addictions issues.

Emergency Departments

Emergency departments are often the first places people with mental illnesses and addictions go for help during a crisis either on their own, with their families or with emergency responders. Presenters agreed that these environments have to change. We can well understand that long wait times, inadequate security and staff expertise, along with stigma and confinement in small, noisy areas can create very stressful situations.

The Select Committee visited the Emergency Mental Health Unit (EMHU) of the Emergency Department of Guelph General Hospital. We were impressed with its immediate triage process and the way the Hospital, the Homewood Health Centre (a Schedule 1 designated psychiatric facility), and Trellis Mental Health and Development Services partnered to create the EMHU, provide it with appropriately trained personnel, and link it with community services and supports. We understand that other hospitals have adopted or are looking at adopting a similar model.

The Select Committee therefore recommends

8. Mental Health and Addictions Ontario should work with the Ministry of Health and Long-Term Care to review emergency department protocols in order to increase their capacity to deal effectively, efficiently and sensitively with people appearing with mental health and addictions issues, and when appropriate, redirect or connect them to community-based services and supports.

Primary Care

Primary care and its provision figured prominently in our hearings. We heard some encouraging stories, but much of what we were told related to the system's inadequacies and the need for change. The Select Committee's comments and recommendations in this area focus on three concerns: education, collaboration, and remuneration.

We heard that family physicians and community nurses are the health care professionals most often consulted by those seeking help for a mental illness or addiction. We also learned that primary care providers receive little in the way of relevant training during their formal academic programs. The Select Committee believes that more knowledge will lead to greater sensitivity and a decrease in the amount of stigma attributed to health care professionals by many presenters.

Presenters strongly supported the promotion of mental health and addictions services in primary care centres, noting their potential to assist in early diagnosis and intervention. We agree that interdisciplinary primary care models (e.g., family health teams, community health centres, and Aboriginal health access centres) with a broad range of professional expertise will do much to ensure more timely access to the right services. The Select Committee is encouraged by the Ministry of Health and Long-Term Care's intent to add mental health counsellors to these models.

The Select Committee also learned that addiction to prescription painkillers is a rapidly growing problem in Ontario. We were deeply saddened to learn from several First Nations and from addiction workers the toll this addiction has taken in many communities. This problem must be addressed immediately.

Individuals with mental illnesses and addictions often have difficulty accessing primary care. Physicians require a lot of time to deal with their concerns. We were told that the current remuneration model could lead to a physician's reluctance to take on new patients or to provide the necessary services to existing patients with these issues. The Select Committee views this as a disincentive to providing quality care. However, we learned that the Ministry of Health and Long-Term Care's 2008 agreement with the Ontario Medical Association offers enhanced payments for individuals meeting minimum targets for the provision of services, including mental health services. We hope that this will be expanded.

The Select Committee therefore recommends

9. Primary care providers should be given the proper tools and support to enable them to develop a greater sensitivity for the mental health and addictions needs of their patients. This can take such forms as part of formal academic programs or continuing education.

10. All interdisciplinary primary care models should include a mental health and addictions treatment component (e.g., social worker, psychiatrist, psychologist or mental health worker).

11. The Ministry of Health and Long-Term Care should immediately address the problem of addiction to prescription painkillers.

12. The Ministry of Health and Long-Term Care should examine further changes to the family physician remuneration model to focus on improving access to and the quality of primary care for people with mental illnesses and addictions.

Community Services and Supports

The Select Committee has premised its choice of essential community services and supports on the frequently used phrase, "a home, a friend and a job." While recreational, social, and cultural activities help to create environments that foster

companionship and social support, we feel that housing, peer support, employment, and support for family caregivers are particularly crucial to the creation of a strong basis of community services.

Housing

Our *Interim Report* noted the significance presenters attributed to housing, particularly for severely and persistently ill people. Its provision can contribute to a reduction in psychiatric symptoms and decrease the need for unnecessary emergency department visits and extended hospitalizations. Having a permanent address can facilitate access to a range of services, including social assistance. An individual's housing and support needs can also change as they make their way through the process of recovery.

We are aware of the roles that domiciliary hostels and homes for special care play in providing accommodation for people with mental illness, and were impressed with the way that providers such as Durham Mental Health Services and Woodview Manor have responded to the changing housing needs of their respective clients.

The Select Committee therefore recommends

13. Mental Health and Addictions Ontario should ensure, coordinate and advocate for the creation of additional affordable and safe housing units, with appropriate levels of support to meet the long-term and transitional needs of people with serious mental illnesses and addictions.

Peer Support

Much was said and written about the immense value of involving people with lived experience in the delivery of services. Presenters told us that the lens of experience, provided by consumer/survivor initiatives and more specifically peer support, can contribute to reductions in hospitalizations, and improve well-being and access to treatment.

The Select Committee therefore recommends

14. Mental Health and Addictions Ontario should ensure that institutional and community-based service providers actively seek to involve peer support workers in all aspects of service delivery and take advantage of the Ontario Peer Development Initiative's Peer Support Toolkit Project that will enable peer support organizations to accredit peer workers.

Employment

Mental health and addictions issues in the workplace are a tremendous direct and indirect cost to the Canadian economy. One source suggests a cost of upwards of

\$30 billion annually.⁸ We know of employers who are actively engaged in the promotion of good mental health and of the related work of the Centre for Addiction and Mental Health, and organizations such as the Canadian Mental Health Association, but feel much more needs to be done to increase awareness of the importance of a healthy workplace in the creation of a positive and successful work environment.

Employers with an understanding of mental illness and addictions can provide an environment within which employees dealing with those issues are more likely to succeed and thrive. That understanding includes knowing how to hire prospective employees, how to accommodate the needs of both new and existing workers, and how to promote a healthy workplace. There could be an untapped supply of skilled workers waiting for the opportunity to enter or re-enter the job market, with the appropriate supports.

Training and employment supports (e.g., resume writing, job interview techniques and job placements) ease reintegration into society, and help in finding and retaining meaningful work. A job can do much to improve a person's financial situation, lessen their dependence on social assistance and, most importantly, bolster self-esteem at a critical point on the road to recovery.

The Select Committee therefore recommends

15. Mental Health and Addictions Ontario should work with employers and community-based service providers on strategies to increase employment opportunities and supports for people with mental illnesses and addictions.

Support for Families and Caregivers

We heard from a broad range of caregivers, among them elderly parents caring for adult children, aging spouses looking after a partner suffering from dementia, grandparents performing parental duties, and middle-aged adults coping with the demands of their own families and those of a sibling. These individuals put so much of their energies into tending to the needs of loved ones that their own well-being can suffer. We were also told that family support groups, particularly those developed by caregivers themselves, can provide help and insight along with education, respite, and opportunities for discussion.

The Select Committee therefore recommends

16. Mental Health and Addictions Ontario should provide for the increased availability of respite care to allow family members the time and freedom to pursue personal, social and recreational endeavours in order to

⁸ Great West Life Centre for Mental Health in the Workplace, "Mental Health Facts & Figures," last updated 21 July 2008. Internet site at <http://www.gwlcentreformentalhealth.com/display.asp?l1=2&l2=13&d=13>, accessed 23 July 2010.

maintain their own mental health. It should also monitor the progress of the Mental Health Commission of Canada's Mental Health Family Link program's peer support project for family caregivers, and adopt best practices.

JUSTICE ISSUES

The Select Committee believes that the justice issues brought to our attention in the last 18 months are serious enough to merit their own discussion and recommendations.

Courts and Corrections

The Select Committee has learned that far too many Ontarians experience their first contact with the mental health system through the justice system. Furthermore, according to the Ministry of Community Safety and Correctional Services, 36% of individuals in custody in Ontario suffer from some form of mental illness, and 50% of Canadian offenders report substance abuse as a cause of their offence. The Select Committee believes that these are obvious signs that mental health and addictions care needs to be transformed in Ontario.

Witnesses told the Select Committee that they were encouraged to have a family member arrested simply to receive badly needed mental health services. In some cases, these individuals were diverted away from the justice system, by either police officers or the courts, and into the mental health system. However, in other cases, they languished in prison, receiving inadequate mental health care. As former Senator Michael Kirby summarized so well, "we have made the streets and prisons the asylums of the 21st century."

The Select Committee trusts that the creation of Mental Health and Addictions Ontario, better mental health promotion and prevention, improved addiction awareness, early intervention, and greater use of system navigators, will help to remedy the situation.

However, the Select Committee also believes that specific courts and corrections programs should be made more widely available. We have heard many positive things about the province's Mental Health, Drug Treatment, and Youth Mental Health Courts. Access to these facilities should be expanded where possible. Diversion services should be accessible across the province, even in the absence of these special courts, for example through the expanded availability of mental health workers in court settings.

The Select Committee also advocates strategies that will help to improve police sensitivity, defuse difficult situations, and further assist with the diversion of individuals out of the justice system. We were very impressed with the collaboration between Durham Regional Police Service, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Durham College, and the University of Ontario

Institute of Technology that has created simulations to be used in the training of police officers. Other police services need to be made aware of these programs.

Finally, individuals who are incarcerated need access to the full basket of mental health and addictions services. There should be no distinction between their physical health, mental health, and addictions needs. The Select Committee also believes that prison discharge plans for individuals with a mental illness or addiction should include connection to a system navigator, and from there to appropriate community services, particularly housing.

The Select Committee therefore recommends

17. The services of court mental health workers should be made widely available across all regions of Ontario, in order to divert more individuals with a mental illness or addiction out of the justice system and into appropriate mental health and addictions services and supports.

18. Additional Mental Health, Drug Treatment, and Youth Mental Health Courts should be created across all regions of Ontario, to provide more appropriate services for individuals with a mental illness or addiction.

19. The Ministry of Community Safety and Correctional Services should direct police forces across the province to provide training for officers who may encounter people suffering from mental illnesses and addictions.

20. The core basket of mental health and addictions services should be available to the incarcerated population, and discharge plans for individuals with a mental illness or addiction should be expanded to include the services of a system navigator and appropriate community services.

Legislation

Mental Health Act and Health Care Consent Act, 1996

Ontario's mental health legislation places a high value on individual autonomy. The admission of an individual to a psychiatric facility and the person's subsequent treatment are considered distinct matters. The *Mental Health Act* sets out the criteria of admission for patients to psychiatric facilities, and generally restricts involuntary admission to a narrow range of circumstances. The individual must have behaved violently, be threatening violence, or be showing a lack of competence to care for himself or herself, and must be suffering from a mental disorder likely to result in "serious bodily harm."⁹ The *Health Care Consent Act, 1996* governs consent to treatment. A fundamental premise of this

⁹ A small number of children are also admitted for secure mental health treatment under the provisions of the *Child and Family Services Act*.

law is that all individuals have the right to refuse treatment, as long as they pass a two-pronged capacity test.¹⁰

However, as we noted in our *Interim Report*, we are troubled that so many witnesses have experienced difficulty in obtaining care for family members who are clearly very ill, yet refuse treatment or are too quickly discharged from hospital. Many told us about their need to go through the complicated Form 1 or Form 2 process—involving the police or a justice of the peace—several times before their loved one was adequately treated.¹¹ One family told the Select Committee that their son was not admitted to hospital until he threatened to jump from a four-storey building. Another young man was released from hospital even though he had told his family he could stop moving cars simply by touching them.

We are familiar with these stories from our constituents as well. We know of many cases in which an individual was turned away from hospital because he or she had not behaved violently, or refused much-needed treatment, only to experience a potentially irreversible deterioration in health. We also know of cases in which a son, daughter, wife, or father committed suicide or hurt a loved one after failing to receive care.

Rights advocates cautioned the Select Committee that involuntary admission and treatment are such grave violations of autonomy that society has to accept these risks and dangers. They also warned that psychiatric drugs can have serious side effects to which many people are reluctant to expose themselves.

The Select Committee believes, however, that the right to autonomy must be balanced with the right to be well. The Select Committee also believes that our present laws tie the hands of health professionals and families and have contributed to the criminalization of mental illness, where individuals need to be arrested in order to receive care. While Ontario undoubtedly needs better access to community supports and hospital beds, some people will not avail themselves of such services because it is the nature of their condition to deny that they are ill. Furthermore, there are a number of psychiatric conditions for which a delay in treatment can result in an irreversible deterioration in health. Ontario's current legal framework is not adequately nuanced to address this predicament.

We have received testimony that other jurisdictions have broadened involuntary admission criteria by expanding their definition of harm, without unduly jeopardizing autonomy. For example, these jurisdictions consider the threat of all serious harm, not merely physical harm. They also permit treatment in cases of involuntary admission. The Select Committee was particularly impressed by British Columbia's mental health legislation. Similarly, we understand that countries such as Norway and the Netherlands, generally regarded as societies with an advanced understanding of individual rights and high standards for mental

¹⁰ Appendix D provides more detail about these two Acts.

¹¹ Appendix D also provides more information about the involuntary admission and treatment process.

health care, have a lower threshold than the risk of serious physical harm for involuntary admission and treatment.

Indeed, we were informed by some medical and legal experts that they regularly "bend" Ontario's laws in order to ensure that their clients receive the treatment that they need. Furthermore, we learned that the Consent and Capacity Board, Ontario's courts, and the Supreme Court of Canada apparently interpret harm broadly enough to include psychological harm. However, the Select Committee is concerned that this interpretation is not widely known or practised. The Select Committee is also reluctant to perpetuate a situation in which provincial laws have to be ignored.

After long and careful consideration, the Select Committee does not believe that it has the legal expertise to propose specific amendments to Ontario's mental health legislation. However, the Select Committee is certain of the outcomes that are necessary to address the excessive and unnecessary suffering permitted under our current legislation:

- Involuntary admission criteria must be interpreted or altered to include serious harms that are not merely physical.
- Involuntary admission must also entail treatment.

The Select Committee has been advised that various legislative or policy changes could produce these desired results.

The Select Committee therefore recommends

21. The Ministry of Health and Long-Term Care should create a task force, incorporating adequate representation from, among others, mental health clients and their caregivers as well as mental health law experts, to investigate and propose changes to Ontario's mental health legislation and policy pertaining to involuntary admission and treatment. The changes should ensure that involuntary admission criteria include serious harms that are not merely physical, and that involuntary admission entails treatment. This task force should report back to the Ministry within one year of the adoption of this report by the Legislative Assembly.

Personal Health Information Protection Act, 2004

Under the terms of Ontario's *Personal Health Information Protection Act, 2004* (PHIPA), health information custodians can collect, use and disclose an individual's personal health information only with the express or implied consent of that individual, subject to limited exceptions. As is the case with the *Mental Health Act* and the *Health Care Consent Act, 1996*, respect for individual autonomy is integral. PHIPA also uses similar language to the *Mental Health Act*,

permitting the disclosure of personal health information for the purpose of reducing a significant risk of "serious bodily harm."¹²

However, families have often struggled with the consequences of a consent-based system. Many people told the Select Committee of their frustration at being emotionally and financially responsible for their loved ones while not being considered a partner in care by the health care system. One mother was not certain how seriously she should take her son's occasional threats of violence, because he would not allow his psychiatrist to release more information about his condition. Some caregivers did not know that a loved one was in hospital, or about to be released, until he or she showed up at the door, or worse, was later found wandering the streets. Yet others have provided information about symptoms to a psychiatrist, only to have this information immediately passed on to the client, exacerbating paranoia and diminishing trust.

When *PHIPA* was reviewed in 2008 by the Standing Committee on Social Policy, Ontario's Information and Privacy Commissioner recommended that the language of the Act be amended to clarify that health information may be disclosed to reduce the risk of "serious psychological harm," as well as physical harm.¹³ The Select Committee believes that this is a reasonable amendment, particularly given the similar testimony that we received pertaining to the *Mental Health Act*.

The Select Committee was also informed that British Columbia's legislation permits the release of personal health information to health care professionals, family members, and others involved in a client's care without the client's consent, for the purposes of "continuity of care" and if it is in the best interests of the client.¹⁴ The Select Committee believes that the B.C. legislation may provide a better balance between the autonomy of the client and a caregiver's need for important health care information.

As we noted above, the Select Committee does not believe that it has the legal expertise to propose specific amendments to Ontario's mental health legislation, or in this case, personal health information legislation. However, the Committee is convinced that changes to *PHIPA* are necessary to ensure that caregivers are provided with the appropriate personal health information.

The Select Committee therefore recommends

- 22.** The task force created to investigate and propose changes to Ontario's mental health legislation and policy should also investigate and propose changes to the *Personal Health Information Protection Act, 2004*. The changes should ensure that family members and caregivers providing support to, and often living with, an individual with a mental illness or

¹² Appendix D provides further information about the *Personal Health Information Protection Act, 2004*.

¹³ Information and Privacy Commissioner, "Recommendations for Amendments to the *Personal Health Information Protection Act, 2004*," 28 August 2008, No. 17.

¹⁴ British Columbia, *Guide to the Mental Health Act*, 2005 ed., 4 April 2005.

addiction have access to the personal health information necessary to provide that support, to prevent the further deterioration in the health of that individual, and to minimize the risk of serious psychological or physical harm.

CONCLUSION AND FOLLOW-UP

In closing, the Select Committee would once again like to thank the many people who have contributed to this project. Even though the subject matter has been at times quite difficult, we feel privileged to have been given this important work.

However, we are aware that many reports regarding Ontario's mental health and addictions system have already been submitted, some of which have made similar recommendations to this document. The necessary changes have yet to be made, and individuals continue to suffer.

The Select Committee therefore recommends

- 23.** The Legislative Assembly of Ontario should review progress on the implementation of the recommendations in this report within two years of its adoption.

As we noted in the introduction, there is public expectation that action will be taken. We share this expectation.

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS

1. A new umbrella organization—Mental Health and Addictions Ontario (MHAO), responsible to the Ministry of Health and Long-Term Care—should be created to ensure that a single body is responsible for designing, managing, and coordinating the mental health and addictions system, and that programs and services are delivered consistently and comprehensively across Ontario.

and

All mental health and addictions programs and services—for all regions of the province and for all ages, including children and youth—should be consolidated in the Ministry of Health and Long-Term Care. (See detailed recommendations regarding MHAO's mission statement, strategic goals, and responsibilities in the body of the report.) (pp. 3-5)

2. Mental Health and Addictions Ontario should ensure that a basket of core institutional, residential and community services is available in every region of the province for clients of all ages, identify gaps, and eliminate duplication. Referral patterns must be put in place for the provision of those specialized services only available outside of a region. Each region must also have sufficient capacity to care for clients with concurrent disorders. (pp. 6-7)

3. Clients and their families should have access to system navigators who will connect them with the appropriate treatment and community support services (e.g., housing, income support, employment, peer support, and recreational opportunities). Those with continuing, complex needs should be supported by a plan that will lead them through their journey to recovery and wellness, particularly on discharge from institutional or residential treatment. (pp. 6-7)

4. Mental Health and Addictions Ontario should conduct an assessment of the need for acute care psychiatric beds for both children and adults by region. (pp. 7-8)

5. Mental Health and Addictions Ontario should ensure that primary care providers and relevant staff in all levels of the education and long-term care systems have access to common, age-appropriate, evidence-based assessment and screening tools. (p. 8)

6. Mental Health and Addictions Ontario should facilitate the creation of more 24/7 mobile crisis intervention teams. (pp. 8-9)

7. The Ministry of Health and Long-Term Care should expand and do more to publicize Telehealth Ontario's ability to respond to callers with mental health and addictions issues. (pp. 8-9)

8. Mental Health and Addictions Ontario should work with the Ministry of Health and Long-Term Care to review emergency department protocols in order to increase their capacity to deal effectively, efficiently and sensitively with people appearing with mental health and addictions issues, and when appropriate, redirect or connect them to community-based services and supports. (p. 9)

9. Primary care providers should be given the proper tools and support to enable them to develop a greater sensitivity for the mental health and addictions needs of their patients. This can take such forms as part of formal academic programs or continuing education. (pp. 9-10)

10. All interdisciplinary primary care models should include a mental health and addictions treatment component (e.g., social worker, psychiatrist, psychologist or mental health worker). (pp. 9-10)

11. The Ministry of Health and Long-Term Care should immediately address the problem of addiction to prescription painkillers. (pp. 9-10)

12. The Ministry of Health and Long-Term Care should examine further changes to the family physician remuneration model to focus on improving access to and the quality of primary care for people with mental illnesses and addictions. (pp. 9-10)

13. Mental Health and Addictions Ontario should ensure, coordinate and advocate for the creation of additional affordable and safe housing units, with appropriate levels of support to meet the long-term and transitional needs of people with serious mental illnesses and addictions. (p. 11)

14. Mental Health and Addictions Ontario should ensure that institutional and community-based service providers actively seek to involve peer support workers in all aspects of service delivery and take advantage of the Ontario Peer Development Initiative's Peer Support Toolkit Project that will enable peer support organizations to accredit peer workers. (p. 11)

15. Mental Health and Addictions Ontario should work with employers and community-based service providers on strategies to increase employment opportunities and supports for people with mental illnesses and addictions. (pp. 11-12)

16. Mental Health and Addictions Ontario should provide for the increased availability of respite care to allow family members the time and freedom to pursue personal, social and recreational endeavours in order to maintain their own mental health. It should also monitor the progress of the Mental Health Commission of Canada's Mental Health Family Link program's peer support project for family caregivers, and adopt best practices. (pp. 12-13)

17. The services of court mental health workers should be made widely available across all regions of Ontario, in order to divert more individuals with a mental

illness or addiction out of the justice system and into appropriate mental health and addictions services and supports. (pp. 13-14)

18. Additional Mental Health, Drug Treatment, and Youth Mental Health Courts should be created across all regions of Ontario, to provide more appropriate services for individuals with a mental illness or addiction. (pp. 13-14)

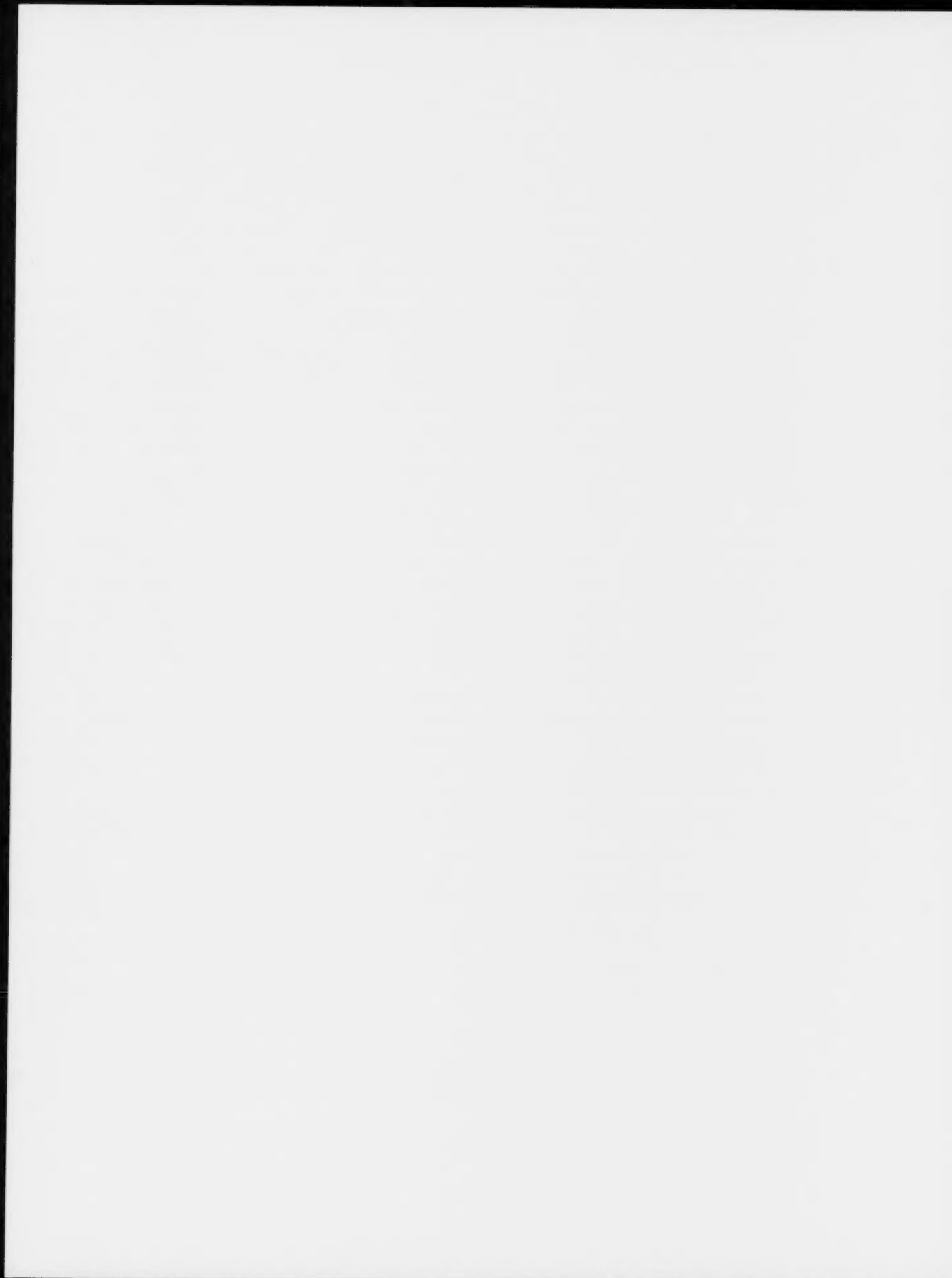
19. The Ministry of Community Safety and Correctional Services should direct police forces across the province to provide training for officers who may encounter people suffering from mental illnesses and addictions. (pp. 13-14)

20. The core basket of mental health and addictions services should be available to the incarcerated population, and discharge plans for individuals with a mental illness or addiction should be expanded to include the services of a system navigator and appropriate community services. (pp. 13-14)

21. The Ministry of Health and Long-Term Care should create a task force, incorporating adequate representation from, among others, mental health clients and their caregivers as well as mental health law experts, to investigate and propose changes to Ontario's mental health legislation and policy pertaining to involuntary admission and treatment. The changes should ensure that involuntary admission criteria include serious harms that are not merely physical, and that involuntary admission entails treatment. This task force should report back to the Ministry within one year of the adoption of this report by the Legislative Assembly. (pp. 14-16)

22. The task force created to investigate and propose changes to Ontario's mental health legislation and policy should also investigate and propose changes to the *Personal Health Information Protection Act, 2004*. The changes should ensure that family members and caregivers providing support to, and often living with, an individual with a mental illness or addiction have access to the personal health information necessary to provide that support, to prevent the further deterioration in the health of that individual, and to minimize the risk of serious psychological or physical harm. (pp. 16-18)

23. The Legislative Assembly of Ontario should review progress on the implementation of the recommendations in this report within two years of its adoption. (p. 18)



APPENDIX A

Committee Mandate and Processes

COMMITTEE MANDATE

On February 24, 2009, the Legislative Assembly of Ontario gave unanimous consent to a motion to appoint a Select Committee on Mental Health and Addictions that would consider and report its observations and recommendations concerning a comprehensive provincial mental health and addictions strategy. In order to develop its recommendations, the Committee would:

- work with consumers/survivors, providers, experts and other interested parties to determine the needs that currently exist in the province;
- consider the mental health and addictions needs of children and young adults;
- consider the mental health and addictions needs of First Nations (on- and off-reserve), Inuit and Métis peoples;
- consider the mental health and addictions needs of seniors;
- identify ways to leverage existing opportunities and initiatives within the current mental health and addictions system;
- explore innovative approaches to service delivery in the community;
- identify opportunities to improve coordination and integration across the sectors for all people including those with concurrent mental health and addictions problems;
- recognize the importance of early intervention and health promotion with respect to diagnosing and treating mental health and addictions issues;
- consider the mental health and addictions needs of Francophone and ethnic minorities facing linguistic and cultural gaps;
- examine access to care issues for persons with mental health and addictions issues including primary and emergency care; and
- examine the existing continuum of social services and support for those with mental health and addictions issues. This would include justice, supportive housing, education and vocational support.

The Committee was to release its final report to the Assembly by the end of the spring 2010 sitting period; however, if it determined that more time was required, it could, by motion, extend its deadline by no more than three months.¹

The Committee decided that it wanted more time to prepare its final report and passed a motion extending its deadline by three months to September 3, 2010.

¹ Ontario, Legislative Assembly, *Votes and Proceedings*, 1st Sess., 39th Parl. (24 February 2009): 3.

PRECEDING DEVELOPMENTS

The Committee is very much aware and appreciative of the thoughtful work that has preceded its own consideration of mental health and addictions. Among the more recent of these undertakings are the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology's seminal 2006 report, *Out of the Shadows At Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*; the Ontario Ministry of Children and Youth Services' *A Shared Responsibility: Ontario's Framework for Child and Youth Mental Health*, released in November 2006; Roy McMurtry and Alvin Curling's 2008 report, *The Review of the Roots of Youth Violence*; and the Mental Health Commission of Canada's *Toward Recovery & Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada*, released in 2009.

Two Ontario developments are particularly noteworthy: creation of the Minister's Advisory Group and passage of a Private Member's motion. The former Minister of Health and Long-Term Care established the Minister's Advisory Group on Mental Health and Addictions in October 2008. The membership of the Minister's Advisory Group will help to develop a new 10-year strategy for mental health and addictions services. As a first step, it released a consultation paper, *Every Door is the Right Door*, in July 2009.²

On December 4, 2008, Christine Elliott (PC – Whitby-Oshawa) moved the following:

That, in the opinion of this House, a Select Committee should be established immediately to develop a comprehensive Ontario mental health and addictions strategy;

That, in developing its strategy and recommendations, the Committee shall focus on the following issues:

The urgent need for a comprehensive mental health strategy in Ontario to work in cooperation with the Mental Health Commission of Canada and to coordinate the delivery of mental health programs and services in Ontario;

The lack of coordination in Ontario for the delivery of mental health programs and services across many provincial ministries;

The mental health issues of children;

The increase in suicide among young people;

The mental health and/or addiction problems of homeless people;

The mental health needs of residents of long term care facilities;

² Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, Minister's Advisory Group on Mental Health and Addictions, *Every Door is the Right Door-Towards a 10-Year Mental Health and Addictions Strategy: A discussion paper* (Toronto: Queen's Printer, July 2009), pp. 4 and 6.

The lack of access to even basic mental health services for aboriginal Canadians in many parts of Ontario; and

The issues facing courts and police across Ontario in dealing with increasing numbers of alleged offenders with significant mental health and/or addiction problems;

That the Committee shall have authority to conduct hearings and undertake research, and generally shall have such powers and duties as are required to develop recommendations on a comprehensive Ontario mental health and addictions strategy; and

That the Committee shall present an interim report to the House no later than the end of 2009, and a final report no later than June 30, 2010.

The motion carried unanimously.³

COMMITTEE MEETINGS

The Committee met for the purpose of organization and to discuss business matters in March and early April 2009. Public hearings were held in Toronto and various other locations, beginning in mid-April 2009 and ending in early May 2010. The spring 2009 hearings involved presentations by government ministries which play a role in the delivery of mental health and addictions services. The Auditor General of Ontario spoke about relevant audits which were reported in his *2008 Annual Report*. Also appearing during this period were invited guests who attended as individuals or representatives of stakeholder groups (for example, former Senator Michael Kirby on behalf of the Mental Health Commission of Canada).

In the weeks following, the Committee heard from individual consumers/survivors, family members, health care and social service professionals, and related organizations. The Committee also met with the Minister's Advisory Group on Mental Health and Addictions twice, and the Minister of Health and Long-Term Care.

All told, the Committee held public hearings on 30 dates during which it received the testimony of more than 230 individuals and organizations. It received more than 300 submissions, including written briefs, memoranda, journal and magazine articles, pamphlets, newspaper articles, and DVDs. The Committee's schedule of public hearings, and a list of witnesses and submissions are found in Appendix B.

The Committee would like to thank everyone who participated in its hearings and those who made written submissions for their considerable time and generosity of spirit.

³ Ontario, Legislative Assembly, *Votes and Proceedings*, 1st Sess., 39th Parl. (4 December 2008): 5 and 6.

SITE VISITS

The Committee went beyond the traditional hearings venues and made site visits to various locations in order to gain a greater understanding and appreciation of how Ontario's mental health and addictions system operates and responds to the needs of its clients. Time was spent touring facilities and interacting with staff at the Centre for Addiction and Mental Health's Queen Street West location in Toronto, Regional Mental Health Centre in St. Thomas, Eva's Phoenix, part of Eva's Initiatives, in Toronto, Woodview Manor and the Mischa Weisz Centre for Autism Services in Hamilton, and the Emergency Mental Health Unit of the Guelph General Hospital.

We were also pleased to visit several First Nations communities and health care organizations. Sandy Lake First Nation, Oneida Nation of the Thames, Six Nations of the Grand River, Alderville First Nation, Hiawatha First Nation, and Curve Lake First Nation graciously accepted our invitation to discuss their mental health and addictions issues. Representatives of Weeneebayko Health Ahtuskaywin, Weeneebayko Area Health Authority, and James Bay General Hospital welcomed the Committee to the Weeneebayko General Hospital in Moose Factory. Finally, representatives of Nodin Child and Family Intervention Services, a branch of the Sioux Lookout First Nations Health Authority, shared their expertise with the Committee on site in Sioux Lookout.

APPENDIX B

Schedule of Public Hearings List of Witnesses and Submissions

SCHEDULE OF PUBLIC HEARINGS

Public hearings were held in Toronto and various other locations on the dates listed below.

Toronto	April 8 and 22; May 6, 13 and 27; June 3; September 8, 16, 23, and 30; October 7, 21 and 28; November 4, 18 and 25; December 2 and 9, 2009; March 24; April 14, 21, and 28; May 5; June 2 and 7, 2010 ¹
Windsor	June 15, 2009
St. Thomas	June 16, 2009
Hamilton	June 17, 2009
Kingston	June 18, 2009
Ottawa	September 9, 2009
Sudbury	September 10, 2009
Thunder Bay	September 11, 2009

The proceedings for each Committee meeting can be accessed via http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committee_transcripts_current.do?ParlCommID=8915&scale=1.

LIST OF WITNESSES AND SUBMISSIONS²

(as of July 21, 2010)

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Addictions and Mental Health Network of Champlain		✓
Addictions Ontario; Canadian Mental Health Association, Ontario Division; Centre for Addiction and Mental Health; Ontario Association of Patient Councils; Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs; Ontario Peer Development Initiative		✓
Advisory Committee for Mental Health and Addiction Services	September 11, 2009	✓
Advocacy Centre for the Elderly		✓
Alliance of Psychotherapy Training Institutions	September 8, 2009	✓

¹ The 2 and 7 June 2010 hearings were in-camera.

² Submissions include written briefs, memoranda, letters, journal and magazine articles, pamphlets, newspaper articles, and DVDs.

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Alzheimer Society of North Bay and District	September 10, 2009	✓
Alzheimer Society of Thunder Bay	September 11, 2009	✓
Andruski, Peter	September 23, 2009	
Associated Youth Services of Peel	December 2, 2009	
Association for Better Care of Children		✓
Atwood, Brenda, Karen Miller and Linda Kachur	September 11, 2009	
Aubert, Annick		✓
Auditor General of Ontario	May 13, 2009	✓
Baker, Eleanor	October 21, 2009	✓
Baker, Kathy and Ann Tassonyi	November 18, 2009	✓
Bélanger, Maryse	November 25, 2009	✓
Bell, Lorie	September 10, 2009	✓
Bethany Residential Care Program	December 2, 2009	✓
Blais, Aimé		✓
Bowering, Donna	June 16, 2009	✓
Brain Injury Services of Northern Ontario	September 11, 2009	
Brown, Dr. Alan	November 4, 2009	✓
Brown, Chris		✓
Brown, Rev. Glenn	September 8, 2009	✓
Buchanan, Lembi		✓
Buchholz, Andreas	September 11, 2009	
Bulimia Anorexia Nervosa Association	June 15, 2009	✓
Burge, Dr. Philip	June 18, 2009	✓
Burlington Counselling and Family Services	June 17, 2009	✓
Canadian Association for Pastoral Practice and Education, Ontario	June 17, 2009	
Canadian Counselling Association	June 18, 2009	✓
Canadian Hearing Society	June 16, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Champlain East Branch	September 9, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Elgin Branch	June 16, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Nipissing Regional Branch	September 10, 2009	
Canadian Mental Health Association, Ontario Division	May 27, 2009	✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Canadian Mental Health Association, Ontario Division, Ontario Consumer and Family Advisory Council	November 18, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Ottawa Branch	September 9, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Sudbury-Manitoulin Branch	September 10, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Thunder Bay Branch	September 11, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Toronto Branch	October 7, 2009	✓
Canadian Mental Health Association, Windsor Essex County Branch, Consumer Council	June 15, 2009	✓
Canadian Paediatric Society	September 9, 2009	✓
Canadian Pensioners Concerned, Ontario	September 8, 2009	✓
Caritas Project	October 21, 2009	✓
Carla	June 17, 2009	✓
Casola, Dr. Paul and Adrienne Sequeira	September 8, 2009	✓
Centre for Addiction and Mental Health	June 3, 2009	✓
Centre for Addiction and Mental Health, Centre for Prevention Science	June 16, 2009	✓
Centre for Addiction and Mental Health, Problem Gambling Institute of Ontario	March 24, 2010	✓
Champlain Addiction Coordinating Body	September 9, 2009	✓
Champlain Mental Health Network	September 9, 2009	✓
Chatham-Kent Consumer and Family Network	June 15, 2009	✓
Child Development Institute	October 28, 2009	
Children's Centre Thunder Bay	September 11, 2009	✓
Children's Mental Health Ontario	June 3 and December 2, 2009	✓
Chittaro, Eddie	June 15, 2009	
Citizens Commission on Human Rights Canada		✓
Clark-Wittenberg, Sue	September 9, 2009	
Coalition Against Psychiatric Assault	September 23, 2009	✓
Community Counselling Centre of Nipissing	September 10, 2009	
Community Criminal Justice Organizations		✓
Community Networks of Specialized Care	December 2, 2009	✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities	November 25, 2009	✓
ConnexOntario ³	March 24, 2010	✓
Cortese, Dr. Leonardo	June 15, 2009	
Csiernik, Dr. Richard	June 16, 2009	✓
Cunningham, Mary K.		✓
Dandy, Cathy	September 8, 2009	✓
Dare to Dream Program	September 9, 2009	
de Camps Meschino, Dr. Diane	September 16, 2009	✓
de Mercedes-Angelssen, Vincent	September 23, 2009	✓
Dealberto, Dr. Marie-José	September 9, 2009	✓
District of Thunder Bay Social Services Administration Board	September 11, 2009	✓
Downtown Guelph Fetal Alcohol Spectrum Disorder Support Group	September 8, 2009	✓
Drug Awareness Committee of Thunder Bay	September 11, 2009	
Drummond, Heather	September 23, 2009	✓
Dubois, Catherine and Germain Dubois	September 9, 2009	
Dufresne, Dr. Annette	June 15, 2009	✓
Dukes, Mark	October 7, 2009	
Duncan, Heather A.		✓
Durham Mental Health Services	June 3, 2009	✓
Durham Regional Police Service; University of Ontario Institute of Technology; Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences; Durham College	April 21, 2010	✓
Echo: Improving Women's Health in Ontario		✓
Elgin Respite Network	June 16, 2009	✓
Elgin St. Thomas RAISE Coalition (Reducing Addictions – Increasing Safe Environments)	June 16, 2009	✓
Elson, Steve	June 16, 2009	✓
Eshesh, Gamal		✓
Eva's Initiatives	October 21, 2009	✓
Fair Share Task Force	September 8, 2009	✓
Family Advocates for Mental Health and Addictions		✓

³ This presentation was in-camera for technical reasons.

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Family Service Ontario	November 18, 2009	✓
Ferguson, Kerry	June 16, 2009	
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Coalition of Ottawa	September 9, 2009	✓
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Stakeholders for Ontario	October 21, 2009	✓
Fine, Randi	November 18, 2009	✓
Fink, Judith	June 17, 2009	✓
Finn, Paul and Denise Finn	June 18, 2009	✓
Forsdyke, Patricia	June 18, 2009	✓
Frederick, Mary Ellen	June 17, 2009	
Frontline Partners with Youth Network	October 21, 2009	✓
Fuller, Moira E.		✓
General Practice Psychotherapy Association		✓
Gerstein Centre	April 22, 2009	
Gestalt Institute of Toronto	November 18, 2009	✓
Gillies, Catherine	September 11, 2009	
Goering, Dr. Paula	May 27, 2009	✓
Gorski Centre for Applied Sciences	September 8, 2009	✓
Gray, Dr. John	December 9, 2009	✓
Griffin Centre	September 8, 2009	✓
Group of Families from the Ottawa Area		✓
Guelph General Hospital, Emergency Mental Health Unit		✓
Gunn, Margareth		✓
H.M., Mrs.	September 30, 2009	✓
Hacio, Lois		✓
Hadida, Donna		✓
Haldimand-Norfolk Resource Centre	June 17, 2009	✓
Halton Region Our Kids Network	October 28, 2009	✓
Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative	June 17, 2009	✓
Hartman, Joy A.		✓
Heath, Dr. David	September 8, 2009	✓
Home Suite Hope Shared Living Corp.		✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Hope Place Centres	September 8, 2009	✓
Hôpital Général de Hawkesbury and District General Hospital; Centre Royal-Comtois Center; Dr. Suzanne Fillion		✓
Hôtel Dieu Hospital/Kingston General Hospital Mental Health Program	November 4, 2009	✓
House of Sophrosyne	June 15, 2009	✓
Hudson, Barry	September 23, 2009	
Huron Perth Healthcare Alliance	June 16, 2009	✓
Hussman, Jack		✓
Jabalee, Christina, Jennifer Takacs and Carol Farkas	October 28, 2009	
John Howard Society of Canada	June 18, 2009	✓
John Howard Society of Hamilton, Burlington and Area		✓
John Howard Society of Ontario	April 21, 2010	✓
John Howard Society of Sault Ste. Marie		✓
John Howard Society of Sudbury		✓
John Howard Society of Thunder Bay and District	September 11, 2009	✓
John Howard Society of Toronto		✓
John Howard Society of Waterloo-Wellington		✓
Johnson Purden, Sherri	September 10, 2009	
Kairow, Iris	September 30, 2009	✓
Kinark Child and Family Services	September 8, 2009	✓
Kinna-aweya Legal Clinic	September 11, 2009	✓
Kirby, Michael	May 27, 2009	
Koka, Dr. Rayudu	September 10, 2009	✓
Lavallée, Diane	April 14, 2010	✓
Layton, John		✓
Legacy of Hope Foundation		✓
Lester, Dr. Bob	December 2, 2009	✓
LHIN (Local Health Integration Network) Collaborative	April 28, 2010	✓
Lindsey, Heather	June 15, 2009	✓
LOFT Community Services	September 8, 2009	✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
London Health Sciences Centre; St. Joseph's Health Care	June 16, 2009	✓
Long, Victoria	September 23, 2009	✓
Lurie, Steve (see also Canadian Mental Health Association, Toronto Branch)		✓
MacLean, Sandra	September 11, 2009	✓
Magpie Publishing		✓
Mainstay Housing		✓
Marcil, André (see also Hearst, Kapuskasing and Smooth Rock Falls Counselling Services)	April 14, 2010	✓
Margaret Frazer House	September 8, 2009	
Martin, Neasa	September 8, 2009	✓
McCaffrey, C.J.	September 9, 2009	✓
McGrattan, Lorraine and Paul Hamel	June 17, 2009	✓
McLelland, Maureen; Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital	September 10, 2009	✓
McNeely, Joyce	September 9, 2009	✓
Mederak, Jane	September 30, 2009	✓
Mental Health Commission of Canada		✓
Mental Health Legal Committee	September 23, 2009	
Mental Health Rights Coalition	June 17, 2009	✓
Ministry of Aboriginal Affairs	May 6, 2009	✓
Ministry of the Attorney General	April 22, 2009	✓
Ministry of Children and Youth Services	June 3, 2009	✓
Ministry of Citizenship and Immigration	May 6, 2009	✓
Ministry of Community and Social Services	May 6, 2009	✓
Ministry of Community Safety and Correctional Services	May 6, 2009	✓
Ministry of Education	June 3, 2009	✓
Ministry of Health and Long-Term Care	April 22 and December 9, 2009	✓
Ministry of Health Promotion	April 22, 2009	✓
Minwaashin Lodge, Aboriginal Women's Support Centre	September 9, 2009	✓
Modi, Rakesh	November 25, 2009	✓
National Association for the Dually Diagnosed	October 28, 2009	✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Nickel-a-Drink for Addictions and Mental Health Research Foundation	October 28, 2009	✓
Noojmowin Teg Health Centre	September 10, 2009	✓
North of Superior Counselling Programs	September 11, 2009	✓
Northumberland Poverty Reduction Action Committee	November 18, 2009	✓
O'Hara, Frank (Family Council/Secret Handshake)	September 23, 2009	✓
O'Reilly, Dr. Richard	April 14, 2010	✓
Osborne, Dr. David W.		✓
Offord Centre for Child Studies	June 17, 2009	✓
Oneida Nation of the Thames		✓
Ontario Art Therapy Association	June 16, 2009	✓
Ontario Association for Suicide Prevention	November 18, 2009	✓
Ontario Association of Consultants, Counsellors, Psychometrists, and Psychotherapists	June 18, 2009	✓
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors	November 25, 2009	✓
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, Region 7	September 9, 2009	
Ontario Association of Psychological Associates	September 30, 2009	✓
Ontario Association of Social Workers		✓
Ontario Coalition of Mental Health Professionals	September 30, 2009	
Ontario College Counsellors	September 9, 2009	✓
Ontario College Health Association		✓
Ontario College of Family Physicians	September 16, 2009	✓
Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders	November 25, 2009	✓
Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs	November 25, 2009	✓
Ontario Federation of Indian Friendship Centres		✓
Ontario Hospital Association	October 7, 2009	✓
Ontario Human Rights Commission	October 7, 2009	✓
Ontario Long Term Care Association	November 4, 2009	✓
Ontario Peer Development Initiative		✓
Ontario Problem Gambling Research Centre	March 24, 2010	
Ontario Psychiatric Association	September 11, 2009	✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Ontario Public Service Employees Union	September 9 and December 2, 2009	✓
Ontario Seniors' Secretariat	June 3, 2009	✓
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences	June 18, 2009	✓
Ontario Society of Psychotherapists	September 30, 2009	
Ontario Telemedicine Network	June 18, 2009	✓
Ormston, Hon. Mr. Justice Edward F.	June 7, 2010	
Parents for Children's Mental Health	April 8, 2009	✓
Paterson, Penny and John Paterson	June 18, 2009	
Peel Children's Centre	October 7, 2009	✓
Pilon, Colette	September 10, 2009	✓
Pitfield, Terrie	September 10, 2009	
Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at Children's Hospital of Eastern Ontario	September 9, 2009	✓
Psychiatric Patient Advocate Office	September 8, 2009	✓
Psychiatric Survivors of Ottawa	September 9, 2009	✓
Purdon, Joanne	November 4, 2009	✓
Raising Our Children's Kids (Canada)	June 17, 2009	
Ramakrishnan, Madhuri and Kris Ramakrishnan	June 17, 2009	✓
Regional Municipality of Halton, Office of the Chair		✓
Regional Municipality of Peel, Office of the Chair		✓
Registered Nurses' Association of Ontario	October 7, 2009	✓
Renascent		✓
Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario		✓
Rideauwood Addiction and Family Services	September 9, 2009	✓
Robin, Cindy	September 10, 2009	✓
Robinson, Gary	September 8, 2009	
Ross, Marvin	September 8, 2009	✓
Royal Ottawa Health Care Group	September 9, 2009	✓
Russell, Jane	September 9, 2009	
St. Jude Community Homes (See Children's Mental Health Ontario)	December 2, 2009	
Sacks, Dr. Diane	October 28, 2009	

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
Sandy Lake First Nation		✓
Schizophrenia Society of Ontario	September 16, 2009 and April 21, 2010	✓
Schizophrenia Society of Ontario, Thunder Bay Chapter	September 11, 2009	✓
Self Help Alliance	June 16, 2009	✓
Seniors Health Research Transfer Network	November 4, 2009	✓
Services de Counselling Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls Counselling Services (see also André Marcil)		✓
Shearon, Victoria	June 15, 2009	
Sherbourne Health Centre	October 7, 2009	✓
Sherring, Rena		✓
Simpson, David	June 16, 2009	
Sioux Lookout Community Action Partnership for Fetal Alcohol Spectrum Disorder	September 11, 2009	✓
Sioux Lookout First Nations Health Authority		✓
Social Planning Council of Sudbury	September 10, 2009	
Société Alzheimer Society of Ottawa and Renfrew County	September 9, 2009	✓
Société Alzheimer Society of Sudbury-Manitoulin	September 10, 2009	✓
Société Alzheimer Society of Ontario	June 16, 2009	✓
Southern Network of Specialized Care		✓
Starr, Rev. Sky	October 7, 2009	✓
Stevenson, Dr. Cameron	June 18, 2009	✓
Stone, Jordan and Bowen McConnie (Secret Handshake)	September 30, 2009	✓
Stress Reduction Program		✓
Success By 6 Ottawa	September 9, 2009	
Sudbury Action Centre for Youth	September 10, 2009	✓
Sullivan, Dr. Terrence	June 2, 2010	✓
Teskey, Patricia	September 8, 2009	
Thames Valley District School Board Mental Health and Wellness Committee	June 16, 2009	✓
The Dream Team		✓
The Men's Project	September 9, 2009	✓

Organization/Individual	Date of Appearance	Submission(s)
The New Mentality	November 4, 2009	✓
Thomas, Lynn		✓
Tides Centre/Social Venture Network		✓
Toronto, City of, Shelter, Support and Housing Administration	October 21, 2009	✓
Tregunno, Kevin	September 8, 2009	
Tyson, Judy	June 17, 2009	
United Way/Centraide Ottawa	September 9, 2009	✓
Usselman-Tod, Simone	October 21, 2009	✓
Voukelatos, Vicky		✓
Wass, Gaby	June 16, 2009	
Waterford Family Council	November 18, 2009	
Weber, James	September 8, 2009	✓
Weeneebayko Area Health Authority Traditional Healing Program		✓
Weeneebayko General Hospital		✓
Westfall, Marlene	June 17, 2009	
Wesway		✓
Whitney, Diane		✓
Wiebe, Jean	June 17, 2009	✓
Windsor-Essex County Drug Strategy Implementation Group	June 15, 2009	✓
Woodview Children's Mental Health and Autism Services		✓
Woodview Manor Parents' Council	November 4, 2009	
X, Mrs.	September 8, 2009	
York Centre for Children, Youth and Families; Blue Hills Child and Family Centre; Kinark Child and Family Services	December 2, 2009	✓
Youthdale Treatment Centres	May 5, 2010	✓
YouthLink	December 2, 2009	✓
Zakrzewska, Eva	September 30, 2009	✓
416 Community Support for Women	September 8, 2009	

APPENDIX C

Schedule 1 Designated Psychiatric Facilities

SCHEDULE 1 DESIGNATED PSYCHIATRIC FACILITIES
Under the *Mental Health Act*¹

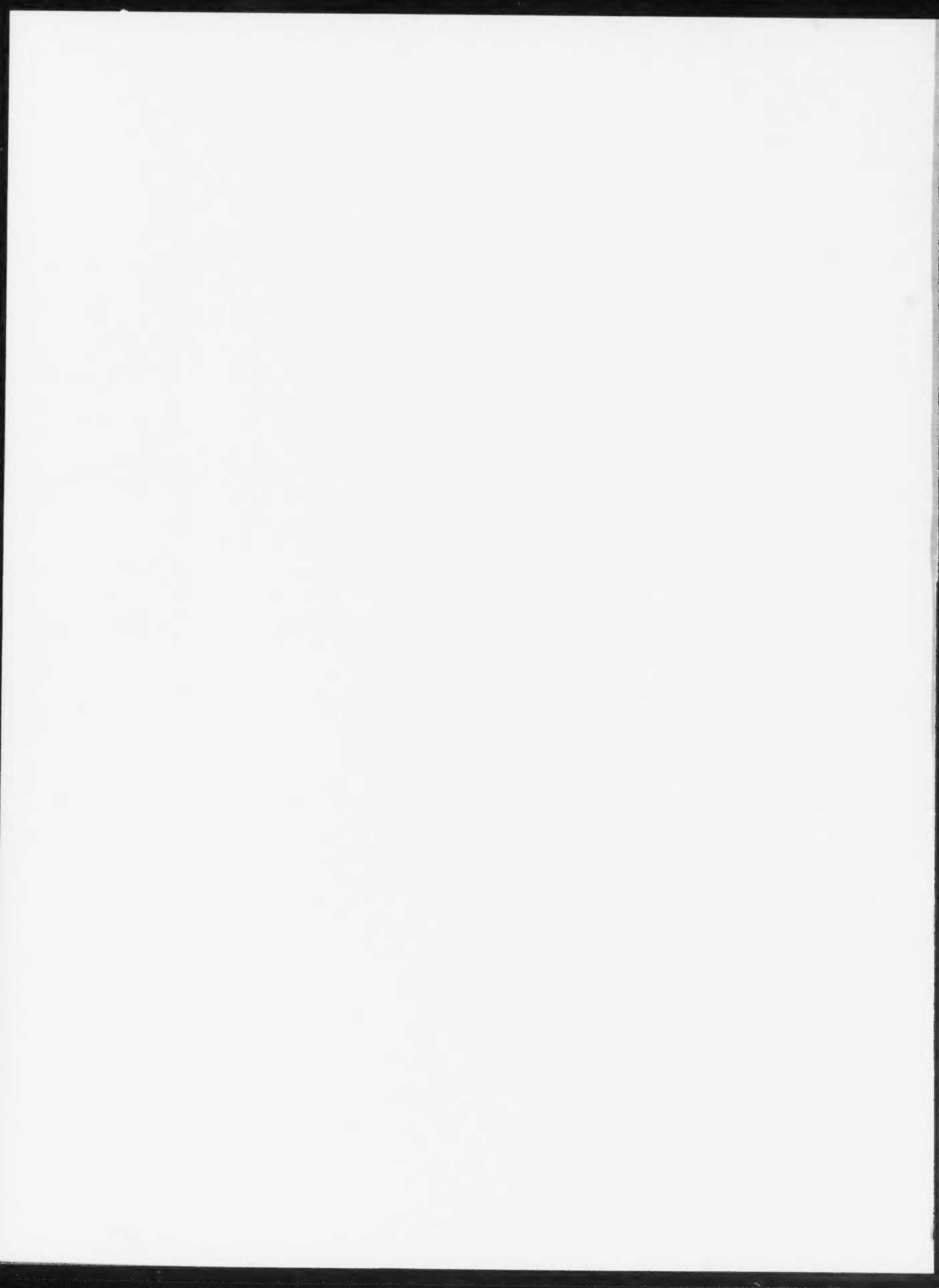
LOCATION	NAME
Ajax	Rouge Valley Health System - Ajax and Pickering Health Centre Site
Barrie	Royal Victoria Hospital
Belleville	Quinte Healthcare Corporation - Belleville General Hospital
Brampton	William Osler Health Centre - Brampton Civic Hospital, Brampton Hospital Campus
Brantford	Brantford General Hospital
Brockville	Royal Ottawa Health Care Group – Brockville Mental Health Centre, including Forensic Treatment Unit
	St. Lawrence Valley Correctional and Treatment Centre, Secure Treatment Unit
Burlington	Joseph Brant Memorial Hospital
Chatham	Public General Hospital Society of Chatham
Cornwall	Cornwall General Hospital
Goderich	Alexandra Marine and General Hospital
Guelph	Homewood Health Centre Inc.
Hamilton	Hamilton Health Sciences Corporation - Hamilton General Hospital Site, Chedoke Hospital Site, McMaster University Medical Centre Site, Henderson General Hospital Site
	St. Joseph's Health Care System - Centre for Mountain Health Services Site, St. Joseph's Hospital Site
Kenora	Lake of the Woods District Hospital
Kingston	Hôpital Hôtel-Dieu des Religieuses Hospitalières de St.-Joseph à Kingston/ Hôtel-Dieu Hospital
	Kingston General Hospital
	Kingston Penitentiary, Regional Treatment Centre
	Providence Continuing Care Centre, Mental Health Services
Kitchener	Grand River Hospital Corporation - Kitchener-Waterloo Health Centre
Lindsay	Ross Memorial Hospital
London	Regional Mental Health Care, London - St. Joseph's Health Care,

¹ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Public Information: Health Services in Our Community - Designated Psychiatric Facilities under the *Mental Health Act*," updated 27 October 2003, last modified 26 April 2010. Internet site at <http://www.health.gov.on.ca/english/public/contact/psych/designated.html>, accessed 23 July 2010.

	London
	St. Joseph's Health Care, London
	London Health Sciences Centre - University Campus, Victoria Campus
Markham	Markham Stouffville Hospital
Mississauga	Credit Valley Hospital
	Trillium Health Centre - Mississauga Site
Newmarket	Southlake Regional Health Centre
Niagara Falls	Niagara Health System - Greater Niagara General Hospital
North Bay	North Bay General Hospital
	Northeast Mental Health Centre - North Bay Campus
Oakville	Halton Healthcare Services Corporation - Oakville-Trafalgar Memorial Hospital Site
Orillia	Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Oshawa	Lakeridge Health Corporation - Oshawa Site
Ottawa	Children's Hospital of Eastern Ontario
	Hôpital Montfort
	Queensway Carleton Hospital
	Royal Ottawa Health Care Group - Royal Ottawa Mental Health Centre
	Royal Ottawa Health Care Group - Regional Children's Centre, Royal Ottawa Hospital
	The Ottawa Hospital - Civic Campus, General Campus
Owen Sound	Grey Bruce Health Services - Owen Sound Site
Penetanguishene	Mental Health Centre Penetanguishene
Peterborough	Peterborough Regional Health Centre - Hospital Drive Site
Richmond Hill	York Central Hospital
St. Catharines	Niagara Health System - St. Catharines General Site
St. Thomas	Regional Mental Health Care, St. Thomas - St. Joseph's Health Care, London
Sarnia	Sarnia General Hospital
Sault Ste. Marie	Plummer Memorial Public Hospital
Stratford	Stratford General Hospital
Sudbury	Northeast Mental Health Centre - Sudbury Campus
	Northeast Mental Health Centre - Regional Children's Psychiatric Centre
	Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital
Thunder Bay	St. Joseph's Care Group - Lakehead Psychiatric Hospital Site

	Thunder Bay Regional Hospital
Timmins	Timmins and District Hospital/L'Hôpital de Timmins et du district
Toronto	Rouge Valley Health System - Centenary Health Centre Site
	Scarborough Hospital - General Division Site, Grace Division Site
	North York General Hospital - General Division Site
	Humber River Regional Hospital - Finch Avenue Site, Church Street Site, Keele Street Site
	Centre for Addiction and Mental Health
	Baycrest Hospital
	William Osler Health Centre - Etobicoke Hospital Campus
	Mount Sinai Hospital
	Trillium Health Centre - Queensway Site
	St. Joseph's Health Centre
	St. Michael's Hospital - Bond Street Site, Wellesley Central Site
	Sunnybrook Health Sciences Centre
	Toronto East General and Orthopaedic Hospital Inc.
	University Health Network - Toronto General Hospital Site, Toronto Western Hospital Site, Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital Site
Welland	Niagara Health System - Welland Hospital site ²
Whitby	Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Windsor	Hôtel-Dieu Grace Hospital - Hôtel-Dieu of St. Joseph's Site
	Windsor Regional Hospital
Woodstock	Woodstock General Hospital

² Formerly Welland County General Hospital.



APPENDIX D

Ontario's Mental Health Act, Health Care Consent Act, 1996 and Personal Health Information Protection Act, 2004



Introduction

This appendix provides a brief summary of Ontario's *Mental Health Act* as it relates to voluntary and involuntary admission to psychiatric facilities, the *Health Care Consent Act, 1996* as it relates to consent to treatment and the capacity to give that consent, and the *Personal Health Information Protection Act, 2004*.

The Mental Health Act

One purpose of Ontario's *Mental Health Act* (MHA) is to set out the criteria of admission for voluntary and involuntary patients to psychiatric facilities.¹

Form 1 – Application by Physician for Psychiatric Assessment

Under the terms of the MHA, if a family member or caregiver is able to persuade a person to see a physician, the physician can assess the patient according to a list of criteria that has been described as a "serious harm test:"

15.(1) Where a physician examines a person and has reasonable cause to believe that the person,

- (a) has threatened or attempted or is threatening or attempting to cause bodily harm to himself or herself;
- (b) has behaved or is behaving violently towards another person or has caused or is causing another person to fear bodily harm from him or her; or
- (c) has shown or is showing a lack of competence to care for himself or herself,

and if in addition the physician is of the opinion that the person is apparently suffering from mental disorder of a nature or quality that likely will result in,

- (d) serious bodily harm to the person;
- (e) serious bodily harm to another person; or
- (f) serious physical impairment of the person,

the physician may make application in the prescribed form for a psychiatric assessment of the person.

¹ R.S.O. 1990, c. M.7. E-laws Internet site at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm, accessed 29 July 2010.

It is important to note that not all of the criteria set out in paragraphs (a), (b) and (c) must be met. Instead, the physician is required to establish the existence of only one of the behaviours described. However, the physician must also establish that the disorder will likely result in one of the harms in paragraphs (d), (e) and (f).² It is also possible for a police officer to conduct a similar assessment, and to take an individual into custody for examination by a physician in an appropriate place (generally, a hospital).³

The document to be completed by the physician is known as a "Form 1," or an "Application by Physician for Psychiatric Assessment." Once completed, it allows any person to take the individual who is the subject of the application to a psychiatric facility for detention of up to 72 hours for the purposes of psychiatric assessment.⁴ There is no right to apply to the Consent and Capacity Board (CCB) for a review of the criteria for the issuance of a Form 1. The CCB is the administrative tribunal with the authority to adjudicate matters of capacity, consent, civil committal, and substitute decision making.⁵

Form 2 – Order for Examination

An alternative method available to family members and others in this situation is to appear before a justice of the peace to provide sworn information that a person is suffering from a mental disorder.⁶ The "Form 2" order, or an "Order for Examination under Section 16," is directed to the police and provides them with authority to take the person into custody and to detain them for the purpose of examination by a physician.⁷

Form 3 – Certificate of Involuntary Admission

Once a person has been taken to hospital and has remained there for 72 hours for assessment, the person can be admitted against his or her will for a longer period only if the conditions in s. 20(5) of the *MHA* are met. This section requires that the symptoms of the mental disorder be such that there is a likelihood of serious bodily harm either to the patient or to another person, or that the patient will experience serious physical impairment unless detained in a psychiatric facility.⁸ Alternative grounds for involuntary hospital admission were added to the *MHA* in 2000 to address persons with recurrent mental illness.⁹

There are various safeguards in the law of involuntary admission. The physician who completes a Form 3, the "Certificate of Involuntary Admission," cannot be the same as

² Katharine Byrick and Barbara Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario* (Toronto: Ontario Hospital Association, March 2009), p. 31.

³ *Mental Health Act*, s. 17.

⁴ *Ibid.*, s. 15(5).

⁵ According to the CCB's website, over 80% of its applications involve a review of a person's involuntary status in a psychiatric facility under the *Mental Health Act*, or a review under the *Health Care Consent Act* of a person's capacity to consent to or refuse treatment.

⁶ Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 33.

⁷ *Mental Health Act*, s. 16.

⁸ Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 36.

⁹ These provisions are set out in s. 20(1.1) of the *MHA*.

the person who completed the Form 1, building a second medical opinion into the process. Further, the first certificate of involuntary admission expires after two weeks and the first certificate of renewal lasts for one month. There are time limitations with respect to subsequent certificates of renewal. The patient has the right to apply to the CCB for a review of whether the criteria for issuing or renewing a certificate of involuntary admission are met. Even if the patient chooses not to apply to the CCB, the *MHA* provides that the fourth certificate of renewal must be reviewed by the Board.¹⁰

The Health Care Consent Act, 1996

Ontario's *Health Care Consent Act, 1996* (*HCCA*) governs consent to treatment and capacity to give that consent.¹¹ The admission of an individual to a psychiatric facility and the individual's subsequent treatment in that facility are considered distinct matters in Ontario.

A fundamental principle of health care in Ontario is that treatment shall not be administered without the consent of the individual in question.¹² Health lawyers Katherine Byrick and Barbara Walker-Renshaw summarize the situation as follows:

If a patient is capable, then that patient will decide whether to consent to, or refuse, the proposed treatment. If a patient is not capable, then a Substitute Decision-Maker will be asked to make the decision on their behalf.¹³

There is a two-pronged capacity test under the *HCCA*. A person is capable with respect to treatment if they are able (1) to understand the information that is relevant to making a decision and (2) to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision or a lack of decision.¹⁴

No treatment can be initiated if a patient indicates that he or she intends to apply or has applied to the CCB for a review of a finding of incapacity, except in an emergency.¹⁵ Unless the parties agree to a postponement, the CCB must meet to hear the application within seven days and must provide a copy of its decision to the parties the following day. If the CCB upholds the practitioner's finding of incapacity, treatment cannot be initiated if the patient appeals the Board's decision to the courts.

¹⁰ Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 40.

¹¹ S.O. 1996, c. 2. E-laws Internet site at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm, accessed 29 July 2010.

¹² Byrick and Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 7.

¹³ *Ibid.* There are exceptions in the case of an emergency and if a person has been accused of a criminal offence (and the treatment is required in order to stand trial). These requirements are outlined in s. 25(3) of the *HCCA, 1996*, and s. 672.59(1) of the *Criminal Code*, R.S.C. 1985, c. C-46.

¹⁴ *Health Care Consent Act*, s. 4(1).

¹⁵ *Ibid.*, s. 18(3) and (4).

The Personal Health Information Protection Act, 2004

Ontario's *Personal Health Information Protection Act, 2004 (PHIPA)* governs the collection, use, and disclosure of personal health information by health information custodians, which include hospitals and health care practitioners (s. 3(1)).¹⁶

PHIPA is a consent-based statute. For example, the Act requires the express consent of an individual for the release of his or her personal health information to someone who is not a health information custodian (s. 18(3)(a)). Individuals may also withhold or withdraw their consent to the collection, use or disclosure of their personal health information to a health information custodian, even if the purpose is to provide or assist in providing health care (s. 20(2)). As explained in a *Fact Sheet* published by the Office of the Information and Privacy Commissioner/Ontario,

[*PHIPA*] gives Ontarians control over the collection, use, and disclosure of their personal health information by stipulating that health information custodians can only collect, use and disclose an individual's personal health information with the express or implied consent of that individual, subject to limited exceptions.¹⁷

One of these limited exceptions may occur "if the custodian believes on reasonable grounds that the disclosure is necessary for the purpose of eliminating or reducing a significant risk of serious bodily harm to a person or group of persons" (s. 40(1)).

¹⁶ S.O. 2004, c. 3. Internet site at http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_04p03_e.htm, accessed 21 July 2010.

¹⁷ Office of the Information and Privacy Commissioner/Ontario, *Lock-box Fact Sheet*, July 2005, IPC Internet site at <http://www.ipc.on.ca/images/Resources/fact-08-e.pdf>, accessed 21 July 2010.



COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES



Rapport final

Sur le chemin du mieux-être :
Le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les
dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes

2^e session, 39^e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité special de la santé mentale et des dépendances

Rapport final, sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

Titre de la p. de t. additionnelle: Final report, navigating the journey to wellness : the comprehensive mental health and addictions action plan for Ontarians.

Comprend des réf. bibliogr.

Également disponible sur l'Internet.

ISBN 978-1-4435-3502-1

1. Santé mentale—Politique gouvernementale—Ontario. 2. Toxicomanie—Politique gouvernementale —Ontario. I. Titre. II. Titre: Sur le chemin du mieux-être : le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes. III. Titre: Final report, navigating the journey to wellness : the comprehensive mental health and addictions action plan for Ontarians.

RA790.7.C2 O57 2010

362.2'09713

C2010-964033-0F

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

LETTRÉ PROVENANT DES MEMBRES DU COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

L'Ontario a besoin d'un plan compréhensif sur la santé mentale et les dépendances. Les maladies mentales et les dépendances touchent tellement de familles, et personne n'est vraiment à l'abri. Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances est heureux de présenter son rapport final et ses recommandations. Nous sommes confiants que le travail que nous avons effectué au cours des 18 derniers mois, résumé dans le présent rapport, mènera à l'élaboration de ce plan si nécessaire et suscitera un dialogue public.

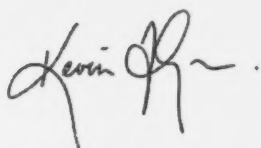
Chacun des trois partis politiques de la province était représenté au Comité par des membres qui se sont portés volontaires en raison de leur engagement personnel à l'égard des personnes vivant avec la maladie mentale ou la dépendance. Quelles que soient nos convictions politiques, nous reconnaissons que nous devons faire mieux. Tous les Ontariens et Ontariennes doivent recevoir les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances dont ils ou elles ont besoin. Nous avons travaillé en collaboration pendant tout notre mandat et nous espérons que cet esprit de collégialité inspirera ceux et celles qui devront maintenant mettre en œuvre nos recommandations.

Nous aimerions remercier la greffière du Comité et le personnel du Service de recherches de l'Assemblée législative. Leur travail acharné et leur dévouement ont été impressionnants. Le mandat confié au Comité était extrêmement vaste – déterminer les besoins de l'ensemble de la province en matière de santé mentale et de dépendances – et grâce à leur aide, nous avons été en mesure de nous concentrer sur la formulation de recommandations qui, à notre avis, auront une incidence sur l'ensemble du système.

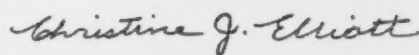
...au verso

Finalement, nous tenons à remercier très spécialement tous ceux et celles qui ont partagé avec nous leurs histoires et expériences personnelles. Le Comité a tenu des audiences publiques à 30 dates différentes durant lesquelles nous avons entendu le témoignage de plus de 230 présentateurs provenant de toutes les régions de l'Ontario. Plus de 300 présentations ont été reçues, incluant des mémoires, des articles de journaux et des DVD. Nous n'avons pas tenu les audiences uniquement dans les endroits traditionnels; nous avons été invités et autorisés à visiter des établissements de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que plusieurs communautés autochtones. Les histoires et les expériences ont beaucoup touché chaque membre du Comité et ont constitué le fondement de nos recommandations.

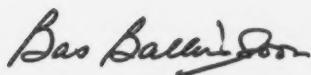
Cordialement,



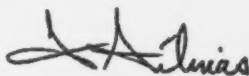
KEVIN DANIEL FLYNN
Président



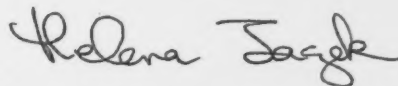
CHRISTINE ELLIOTT
Vice-présidente



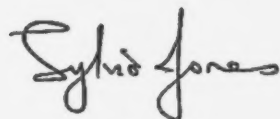
BAS BALKISSOON



FRANCE GÉLINAS



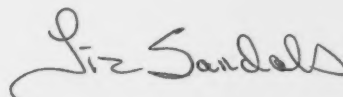
HELENA JACZEK



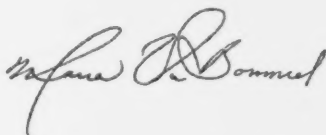
SYLVIA JONES



JEFF LEAL



LIZ SANDALS



MARIA VAN BOMMEL

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances a l'honneur de présenter son rapport final intitulé « Sur le chemin du mieux-être : Le plan d'action compréhensif sur la santé mentale et les dépendances à l'intention des Ontariens et Ontariennes » et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Kevin D. Flynn".

Kevin Daniel Flynn

Queen's Park
Août 2010



COMPOSITION DU
COMITÉ SPÉCIAL DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES

KEVIN DANIEL FLYNN
Président

CHRISTINE ELLIOTT
Vice-présidente

BAS BALKISSOON

FRANCE GÉLINAS

HELENA JACZEK

SYLVIA JONES

JEFF LEAL

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

Susan Sourial
Greffière du comité

Carrie Hull
Recherchiste

Elaine Campbell
Recherchiste

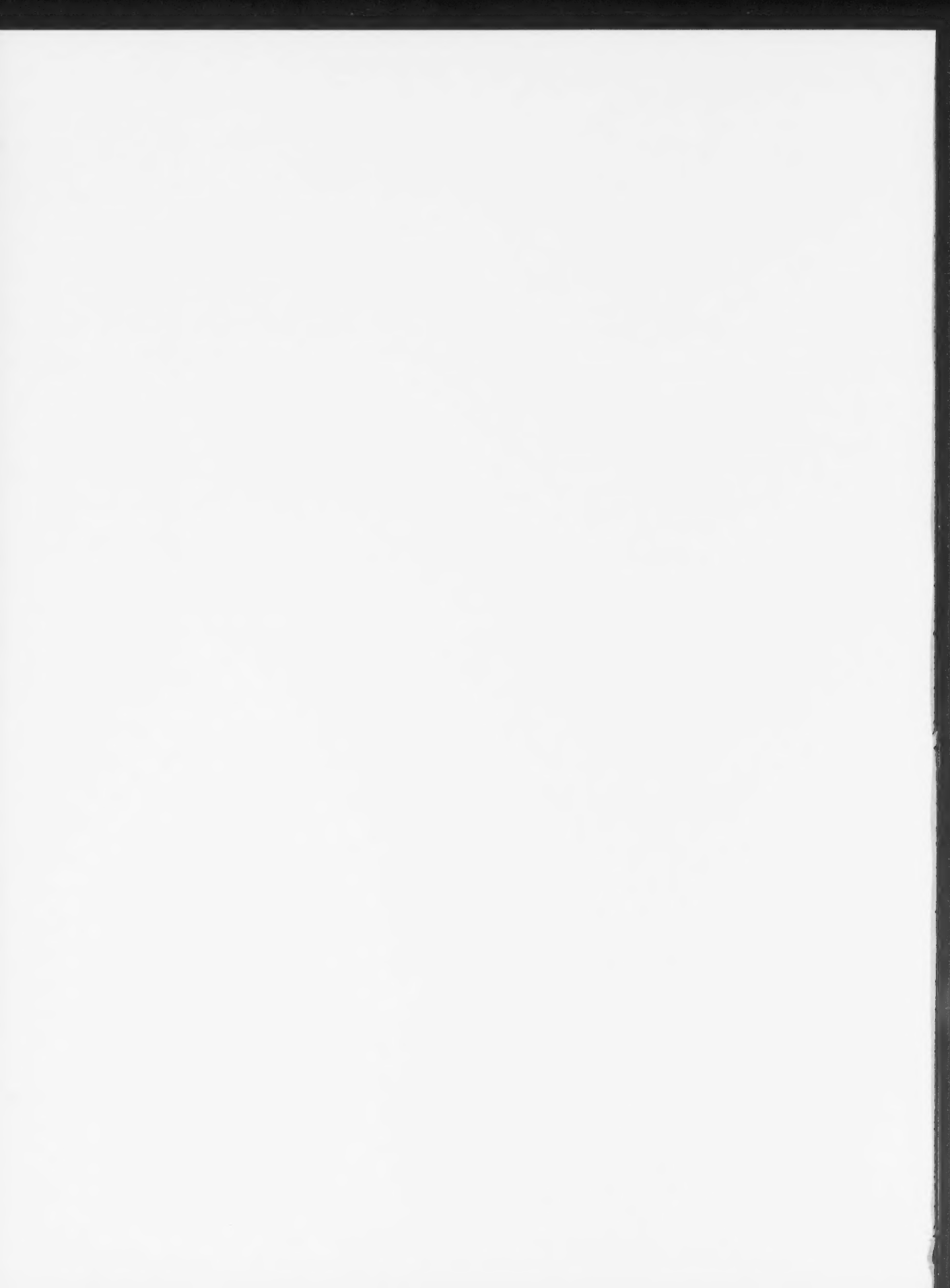


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES ONTARIO	3
SERVICES ET SOUTIENS ESSENTIELS	6
Panier de base de services coordonnés	7
Traitement	8
Accès à des lits	8
Évaluation	9
Intervention en cas de crise	9
Services des urgences	10
Soins primaires	10
Services et soutiens communautaires	12
Logement	12
Soutien par les pairs	13
Emploi	13
Soutien aux familles et aux fournisseurs de soins	14
PROBLÈMES DE JUSTICE	14
Tribunaux et services correctionnels	15
Législation	16
Loi sur la santé mentale et Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé	16
Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé	19
CONCLUSION ET SUIVI	20
LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS	22
ANNEXE A : Mandat du Comité et processus	
ANNEXE B : Calendrier des audiences publiques; Liste des témoins et des présentations	
ANNEXE C : Établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1	
ANNEXE D : <i>Loi sur la santé mentale de l'Ontario, Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé et Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i>	



INTRODUCTION

Le Comité spécial de la santé mentale et des dépendances est heureux de présenter son rapport final. Nous avons entrepris notre enquête sur les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario il y a plus de 18 mois, au moment de la création du Comité spécial en février 2009¹. Depuis, nous avons eu le privilège d'entendre les témoignages d'Ontariens et d'Ontariennes qui vivent et souvent sont aux prises avec des troubles de santé mentale et des problèmes de dépendance. Nous n'exagérons pas en disant que nous avons été touchés par ce que nous avons entendu. Les témoignages ont changé notre vision des choses, et nous sommes dorénavant convaincus qu'une transformation radicale du système de la santé mentale et des dépendances est nécessaire si l'Ontario veut être en mesure d'offrir à sa population les soins dont elle a besoin et auxquels elle a droit.

Nous avons écouté vos histoires, notamment celle des parents qui dorment devant leur porte d'entrée pour empêcher leur fils de sortir la nuit pour aller acheter des drogues, celle de la fille qui a dû traiter avec plus de 20 fournisseurs de soins de santé et d'organismes de services sociaux au nom de sa mère et celle du mari qui a été témoin du suicide de son épouse. Pour les familles, il s'agissait de moments extrêmement difficiles à partager avec les membres du Comité spécial.

Il y a également eu des moments réconfortants. Le Comité spécial était très heureux de rencontrer cette femme qui a enfin pu parler publiquement de son trouble d'anxiété, ce jeune homme qui s'attaquait à ses problèmes de dépendance et travaillait pour éviter que d'autres suivent la même voie et cette mère dont le fils a finalement réussi à gérer sa schizophrénie, à se trouver un emploi, à se faire de nouveaux amis et qui l'a remerciée pour tout ce qu'elle avait fait pour lui.

Toutefois, il est juste de dire que ces histoires positives se retrouvaient en minorité. En général, les Ontariens et Ontariennes attendent trop longtemps avant d'obtenir un traitement. Les jeunes se trouvent pris entre les programmes pour enfants et ceux des adultes, et doivent répéter leurs antécédents à une série de fournisseurs de services non concertés. Les Premières nations présentent des taux supérieurs à la moyenne de troubles de santé mentale, de dépendance et de suicide chez les jeunes en partie attribuables à une histoire de pauvreté et aux conséquences des écoles résidentielles. Les francophones sont victimes de mauvais diagnostics parce qu'ils ne sont pas traités dans leur langue maternelle. Les obstacles linguistiques et culturels peuvent également nuire aux nouveaux arrivants et aux réfugiés. Les aînés languissent inutilement dans la dépression, souvent en l'absence de diagnostic, alors que la société dans son ensemble doit se préparer à faire face à ce que plusieurs appellent l'imminent tsunami de cas de maladie d'Alzheimer.

¹ Le mandat du Comité et d'autres renseignements sur ces antécédents, les audiences publiques et les visites sur place sont présentés à l'Annexe A. Le calendrier des audiences publiques et une liste des témoins et des présentations sont fournis à l'Annexe B.

De même, les personnes atteintes d'autisme, de troubles de l'alimentation, de troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale ou d'un diagnostic mixte sont abandonnées par un système où il ne semble pas y avoir de place pour elles². Les personnes gravement malades sont souvent refusées aux services des urgences ou reçoivent leur congé de l'hôpital avant que leur état ne soit stabilisé ou sans plan de sortie. Les personnes atteintes d'un trouble concomitant se font dire de régler d'abord leurs problèmes de dépendance³. Environ une personne sur dix est atteinte d'un trouble facilement traitable, mais négligé, tel que les troubles anxieux. Finalement, le terme « soutien communautaire » signifie souvent que les soins de la personne sont pris en charge par une famille stressée et débordée qui se débrouille de son mieux en absence d'assistance.

En résumé, le Comité spécial a entendu tellement d'histoires de détresse que nous avons unanimement convenu que nous devons faire mieux. De plus, puisque le Comité spécial s'est vu confier un mandat extrêmement vaste – déterminer les besoins de l'ensemble de la province en matière de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances – nous avons décidé de nous concentrer sur la formulation de recommandations qui auront une incidence sur l'ensemble du système.

Pour nous assurer d'aborder autant de questions que possible, le Comité spécial recommande la création d'un nouvel organisme responsable de superviser l'ensemble du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Nous recommandons également qu'un panier de services de base soit offert dans toutes les régions de l'Ontario. Nous croyons que ces recommandations, de même que plusieurs propositions clés dans les domaines des programmes de justice et de la législation sur la santé mentale, entraîneront vraisemblablement la plus importante amélioration de soins pour le plus grand nombre de personnes.

Le Comité spécial a discuté franchement du fait qu'une crise est souvent nécessaire pour provoquer d'importants changements sociaux ou politiques. Nous sommes convaincus que cette crise est arrivée. Toutefois, il s'agit d'une crise silencieuse, puisque les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance sont oubliées et stigmatisées et ne disposent pas du pouvoir politique pour exiger des changements. Ces personnes s'attendent à ce que nous prenions enfin des mesures. De notre côté, nous nous attendons à ce que nos recommandations soient adoptées. Nous encourageons fortement l'Assemblée législative à approuver nos recommandations et à promouvoir leur mise en œuvre⁴.

² Les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale sont le spectre de handicaps dont peuvent être atteints les personnes dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse, alors que le diagnostic mixte fait référence aux personnes qui présentent à la fois un handicap intellectuel et un trouble de santé mentale.

³ On parle d'un trouble concomitant lorsqu'une personne est atteinte à la fois d'un trouble de santé mentale et d'un problème de toxicomanie.

⁴ Le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et reçoit des opinions plus spécialisées sur un éventail plus restreint de préoccupations. Nous remercions le Groupe consultatif ministériel pour ses efforts et croyons que le travail des deux groupes sera complémentaire.

SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES ONTARIO

Un des principaux problèmes du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario est l'absence de cohérence. Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont financés ou dispensés par au moins 10 ministères différents. Les soins communautaires sont dispensés par 440 organismes de santé mentale pour enfants, 330 organismes de santé mentale communautaires, 150 organismes de traitement des toxicomanies et d'environ 50 centres de traitement du jeu compulsif. De nombreuses personnes passent simplement entre les mailles du filet ou renoncent avec frustration à obtenir des services en raison de la complexité du système.

Le Comité spécial a été frappé de constater qu'aucune personne ni organisation n'a le mandat d'assurer la cohésion de ces différents éléments ou de « briser les cloisons » dont nous avons si souvent entendu parler. On remarque également l'absence d'un organisme unique responsable de veiller à ce que les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que les mesures de soutien soient dispensés de façon uniforme et compréhensive à l'échelle en Ontario.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

1. Un nouvel organisme cadre – Santé mentale et dépendances Ontario (SMDO), relevant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée – devrait être créé pour s'assurer qu'une entité unique est responsable de la conception, de la gestion et de la coordination du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances et veiller à ce que les programmes et services soient dispensés de façon uniforme et compréhensive à l'échelle en Ontario.

et

Tous les programmes et services de santé mentale et de lutte contre les dépendances – pour toutes les régions de la province et pour tous les âges, y compris les enfants et les jeunes – devraient être regroupés au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

L'intégration du système de santé mentale doit commencer au sommet, et nous croyons que cette recommandation est plus susceptible de régler les problèmes les plus graves qui minent le système actuel de santé mentale et de lutte contre les dépendances et d'aider le plus de gens. Action Cancer Ontario est un bon exemple du type de leadership, de pouvoir et d'intégration envisagés par le Comité spécial.

Pour le nouvel organisme Santé mentale et dépendances Ontario, nous recommandons l'énoncé de mission, les objectifs stratégiques et les responsabilités qui suivent :

Énoncé de mission de l'organisme Santé mentale et dépendances Ontario

Réduire le fardeau de la maladie mentale et des dépendances en s'assurant que tous les résidents et résidentes de l'Ontario ont un accès équitable et en temps opportun à un système intégré d'excellents programmes coordonnés et efficaces de promotion, de prévention, d'intervention rapide, de traitement et de soutien communautaire.

Objectifs stratégiques	Responsabilités
Conception du système <i>Élaborer un cadre provincial et régional de prestation de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.</i>	• Établir une structure dans laquelle une entité unique dans chaque région de la province, relevant de SMDO, est responsable de coordonner la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que des soutiens dans une région donnée. • Procéder à un inventaire des services et des fournisseurs. • Déterminer la composition optimale de services et de fournisseurs en comblant les lacunes et en éliminant les dédoublements dans le panier de services de base.
Gestion du système <i>Planifier, organiser, gérer et superviser la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.</i>	• Conseiller le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur les questions relatives à la santé mentale et aux dépendances. • Promouvoir la coordination interministérielle et intergouvernementale, y compris avec la Commission de la santé mentale du Canada. • Superviser une stratégie provinciale globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances. • Établir la responsabilité de tous les organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances et veiller à ce que la prestation de services soit conforme aux normes provinciales. • Jouer un rôle actif dans les décisions de financement des services de traitement en établissement, en résidence et dans la collectivité.
Prestation des services <i>Assurer un accès équitable et en temps opportun à des services d'évaluation et de traitement à tous les Ontariens et Ontariennes.</i>	• Établir le panier de services de base à offrir à l'échelle communautaire, en permettant la variabilité régionale et en tenant compte de la sensibilité culturelle (par ex., les services de médecine traditionnelle pourraient être appropriés dans certaines régions). • Élaborer une stratégie de réduction du temps d'attente pour les populations et les problèmes de santé mal desservis, particulièrement, mais sans s'y limiter, les enfants et les personnes atteintes de problèmes de santé graves et persistants.

	• Veiller à ce que chaque région ait une voie d'accès aux services spécialisés, y compris, mais sans s'y limiter, aux services relatifs aux troubles concomitants. • Veiller à ce que les fournisseurs de services aient l'accréditation appropriée et que les personnes travaillant pour ces fournisseurs aient les qualifications nécessaires. • Assurer la prestation de services de navigation dans le système au moyen de processus d'admission appropriés et de gestion des cas continue .
Soins de soutien <i>Assurer une navigation harmonieuse vers le logement, l'aide au revenu et à l'emploi, le soutien par les pairs et d'autres services sociaux.</i>	• Favoriser la coopération entre les hôpitaux, les soins en établissement, les traitements communautaires, le soutien au logement et les fournisseurs de services sociaux. • Faciliter les transitions entre les services.
Résultats améliorés <i>Améliorer les résultats pour les clients en misant sur la recherche et les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.</i>	• Travailler avec les professionnels de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances et les fournisseurs de services afin de financer, d'effectuer et de coordonner les activités de recherche, d'élaborer des outils d'évaluation des programmes et de repérer et de diffuser les pratiques exemplaires. • Créer des centres d'expertise, semblable au Centre d'excellence provincial en santé mentale des enfants et des ados situé au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, pour les autochtones, les francophones et les aînés ainsi que pour les questions telles que la santé mentale en milieu de travail et l'emploi. • Créer et tenir à jour des données centralisées et uniformisées sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances. • Améliorer la collecte centralisée et la fourniture de renseignements sur l'accessibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Promotion, prévention, dépistage rapide et intervention précoce <i>Réduire l'incidence et la gravité des troubles de santé mentale et des problèmes de dépendance de même que la mortalité connexe en misant sur la promotion, la prévention, le dépistage rapide et l'intervention précoce, de la petite enfance à la vieillesse.</i>	• Améliorer la connaissance des questions relatives à la santé mentale, favoriser la résilience et le bien-être mental et accroître la sensibilisation à l'égard des déterminants sociaux de la santé. • Cibler les facteurs de risque particuliers et les populations à risque élevé. • Accroître la connaissance de signes et symptômes avant-coureurs chez les professionnels de la santé, les employeurs et les éducateurs en particulier, mais également au sein de la population en général. • Repérer et élaborer les outils d'évaluation communs. • Favoriser une intervention le plus tôt possible.
Réduire la stigmatisation <i>Réduire la stigmatisation et le préjudice qu'elle cause.</i>	• Coordonner une campagne anti-stigmatisation avec la Commission de la santé mentale du Canada. • Lutter contre la stigmatisation démontrée par les professionnels de la santé, les intervenants en cas d'urgence et les éducateurs en élaborant des programmes de formation obligatoires. • Lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les professionnels de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances en encourageant les carrières dans ces domaines et en examinant la question de la rémunération. • Travailler avec les employeurs et les organismes communautaires pour réduire la stigmatisation en milieu de travail et créer des possibilités d'emploi pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance.

SERVICES ET SOUTIENS ESSENTIELS

Le Comité spécial est confiant que notre première recommandation contribuera dans une large mesure à transformer notre système de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances; toutefois, nous jugeons qu'il est nécessaire d'étendre certains aspects de nos attentes à l'égard de Santé mentale et dépendances Ontario. À la lumière de ce que nous avons entendu et lu dans le cadre de nos délibérations, la discussion ci-dessous porte sur les améliorations qui doivent être apportées en priorité à la prestation des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'échelle de la province.

Panier de base de services coordonnés

Quels que soient le lieu et les circonstances, de nombreux témoins ont fait part oralement ou par écrit de leur incapacité à obtenir des services adaptés à l'âge à proximité de leur domicile, des longues listes d'attente et des longs délais entre l'évaluation et le début du traitement. Nous avons été informés de cas où des clients se voyaient refuser l'accès aux services dispensés au-delà des limites d'une région géographique spécifique.

Parallèlement, le vérificateur général de l'Ontario nous a présenté les résultats de trois vérifications mentionnés dans son *Rapport annuel 2008* :

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a versé des paiements de transfert aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui, à leur tour, financent et administrent environ 330 fournisseurs de services communautaires de santé mentale.
- Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse a versé des paiements de transfert à environ 440 bénéficiaires, dont approximativement 370 ont une relation de financement suivie avec le Ministère.
- Les RLISS de la province avaient conclu des ententes de services avec plus de 150 fournisseurs de services de lutte contre les dépendances.

Le vérificateur et son personnel ont fait état de préoccupations en matière de responsabilisation, telles qu'un manque de coordination et de collaboration et un manque d'information sur la qualité et la quantité des services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes. Dans son rapport, il se disait préoccupé par l'absence d'uniformité dans les pratiques des fournisseurs communautaires de services de santé mentale et par l'autonomie de fonctionnement dont jouissent les fournisseurs de services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes et par l'ensemble disparate de services qui en résultent. Ils ont également mentionné l'absence de changement dans la prestation des programmes de lutte contre les dépendances à l'échelle locale, malgré le fait que 10 ans se sont écoulés depuis la reconnaissance du besoin d'apporter des changements, tels que la fusion des plus petits organismes de traitement.

Cette situation troublante, où malgré l'offre de centaines de services, des personnes ne sont toujours pas en mesure d'avoir accès à des soins, fait en sorte que les Ontariens sont confus et frustrés lorsqu'ils commencent à rechercher de l'aide. Les gens continuent à avoir des problèmes de navigation une fois dans le système, puisque les besoins et les fournisseurs de services changent au fil du temps. Le Comité spécial croit que plusieurs mesures doivent être prises pour s'assurer que les Ontariens ont accès à une gamme complète de services coordonnés et reliés et à des navigateurs du système⁵.

⁵ Les navigateurs du système jouent un rôle dans la coordination des services. Au besoin, ces navigateurs peuvent être des gestionnaires de cas, des travailleurs pairs ou des membres de la famille.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

2. Santé mentale et dépendances Ontario devrait veiller à ce qu'un panier de services de base en établissement, en résidence et au sein de la collectivité soit offert dans chaque région de la province à la clientèle de tout âge, repérer les lacunes et éliminer les doublons. Des modèles de renvoi doivent être mis en place pour donner accès aux services spécialisés dispensés uniquement à l'extérieur d'une région. Chaque région doit également avoir une capacité suffisante pour offrir des soins aux clients atteints de troubles concomitants.

3. Les clients et les membres de leur famille devraient avoir accès à des navigateurs qui les orienteront vers le traitement et les services de soutien communautaire appropriés (par ex., logement, aide au revenu, emploi, soutien par les pairs et possibilités de loisir). Les personnes ayant des besoins complexes et continus devraient être soutenues par un plan qui les guidera sur le chemin du rétablissement et du bien-être, particulièrement après avoir reçu leur congé de l'établissement où elles recevaient des traitements.

Le Comité spécial aimerait également formuler des recommandations plus précises concernant le contenu du panier de services de base. Nous avons présenté ces recommandations aux sections Traitement et Services et soutiens communautaires. Le Comité spécial croit que le fait de mettre l'accent sur chacun des éléments énumérés ci-dessous jouera un rôle central dans la réduction de l'incidence et de la gravité des troubles de santé mentale et des problèmes de dépendance.

Traitement

Accès à des lits

Malgré des décennies de transfert des services en établissement vers des soins communautaires, les témoins ont indiqué qu'il y a toujours un besoin pour des soins actifs en établissement, particulièrement dans les établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1⁶. Nous avons appris que les critères utilisés

⁶ De nombreux hôpitaux publics sont des établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1 en vertu de la *Loi sur la santé mentale* et doivent se conformer aux dispositions de la *Loi sur les hôpitaux publics* et aux règlements connexes. (Consulter l'annexe C pour obtenir une liste d'établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1. La majorité d'entre eux fournissent des services en milieu hospitalier, de consultation externe, de jour et d'urgence, ainsi que des services éducatifs et de consultation aux organismes locaux. D'autres hôpitaux (et certains établissements de l'annexe 1) définis aux annexes 2, 3, 4, 5 et 6 ne sont pas tenus de fournir certains de ces services (par ex., les établissements de l'annexe 2 sont exemptés de l'exigence de fournir des services en milieu hospitalier). Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Information publique : Services de santé dans votre collectivité - Établissements psychiatriques désignés en vertu de la Loi sur la santé mentale », mis à jour le 27 octobre 2003, dernière mise à jour : 26 avril 2010. Site Internet : <http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/psychf/designatedf.html>, consulté le 23 juillet 2010.

pour déterminer si quelqu'un doit être admis à l'hôpital, la durée du séjour et la date du congé devaient être réévalués. Certains témoins étaient convaincus que les décisions d'admission et de congé dépendaient de la disponibilité des lits plutôt que des besoins.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

4. Santé mentale et dépendances Ontario devrait évaluer le besoin en matière de lits de soins psychiatriques actifs pour les enfants et les adultes dans chaque région.

Évaluation

La prévention, le dépistage rapide et l'intervention précoce ont été présentés par les témoins comme des volets essentiels d'un système plus efficace et plus efficient. Nous sommes d'accord et croyons fermement que ce sont des volets essentiels à tous les stades de la vie d'une personne. Nous reconnaissons que certains outils d'évaluation et de dépistage sont utilisés, mais nous estimons que des outils d'évaluation et de dépistage adaptés à l'âge, fondés sur des preuves et utilisés à l'échelle de la province sont nécessaires pour assurer l'uniformité.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

5. Santé mentale et dépendances Ontario devrait veiller à ce que les fournisseurs de soins primaires et les membres du personnel concernés à tous les niveaux des systèmes d'éducation et de soins de longue durée aient accès à des outils d'évaluation et de dépistage communs, adaptés à l'âge et fondés sur des preuves.

Intervention en cas de crise

Certains témoins croyaient qu'on pouvait réduire les périodes d'attente et améliorer la qualité des services en amenant les hôpitaux et les organismes communautaires à travailler ensemble à l'élaboration de services d'intervention en cas de crise coordonnés et normalisés en milieu non hospitalier. Ces services pourraient inclure des équipes mobiles d'intervention en cas de crise 24/7 (pour adultes et enfants), des équipes mobiles de traitement à domicile en cas de crise et des centres de gestion des crises. Nous avons été intrigués par ces possibilités et impressionnés par certains services novateurs déjà mis en place dans la province, tels que l'équipe COAST (Crisis Outreach and Support Team) qui est le fruit d'un partenariat entre le personnel des systèmes de santé et de services sociaux et les agents de police.

Nous avons également appris que Télésanté Ontario utilise des protocoles spécifiques de dépistage des symptômes de troubles de santé mentale chez les adultes et les enfants, une liste de renvoi en services pour les cas de troubles de

santé mentale et une base de données contenant environ 290 organismes de services de santé mentale⁷, mais que ces outils ne sont pas bien connus.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

6. Santé mentale et Dépendances Ontario devrait favoriser la création d'un plus grand nombre d'équipes mobiles d'intervention en cas de crise 24/7.

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait renforcer la capacité de Télésanté Ontario à répondre aux appelants présentant des troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance et prendre des mesures pour mieux faire connaître ce service.

Services des urgences

Les services des urgences des hôpitaux sont souvent le premier endroit où les personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance se rendent pour obtenir de l'aide durant une crise, seules, avec des membres de leur famille ou avec des intervenants d'urgence. Les témoins s'entendaient pour dire que ces environnements doivent changer. Nous reconnaissons que les longues périodes d'attente, le manque de sécurité et les compétences insuffisantes du personnel, de même que la stigmatisation, le confinement dans de petites salles bruyantes peuvent être des situations très stressantes pour les patients.

Le Comité spécial a visité l'unité d'urgence en santé mentale (UUSM) du service des urgences de l'Hôpital général de Guelph. Nous avons été impressionnés par son processus de triage immédiat et par la façon dont l'Hôpital, l'Homewood Health Centre (un établissement psychiatrique désigné de l'annexe 1) et les Trellis Mental Health and Development Services ont collaboré pour créer l'UUSM, la doter d'un personnel bien formé et établir des liens avec les services et soutiens communautaires. Nous comprenons que d'autres hôpitaux ont adopté un modèle semblable ou envisagent de le faire.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

8. Santé mentale et dépendances Ontario devrait collaborer avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour examiner les protocoles des services des urgences dans le but d'accroître leur capacité à accueillir avec efficacité, efficience et sensibilité les personnes se présentant avec des problèmes de santé mentale et de dépendance et, selon le cas, à les rediriger vers des services et des soutiens communautaires.

Soins primaires

Les soins primaires et la prestation de ceux-ci sont des sujets qui ont été couramment abordés durant nos audiences. Nous avons entendu quelques

⁷ Information contenue dans un courriel du personnel, Bureau du sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto, 8 juin 2010.

histoires encourageantes, mais nous en avons surtout appris sur les lacunes du système et les changements qui doivent être apportés. Les commentaires et recommandations du Comité spécial dans ce domaine portent sur trois sources de préoccupations : la formation, la collaboration et la rémunération.

Nous avons appris que les médecins de famille et les membres du personnel infirmier communautaire sont les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour une maladie mentale ou une dépendance. Nous avons également appris que les fournisseurs de soins primaires reçoivent peu de formation pertinente dans le cadre de leurs programmes scolaires officiels. Le Comité spécial croit que de meilleures connaissances favoriseront une plus grande sensibilité et réduiront la stigmatisation que de nombreux témoins attribuent aux professionnels de la santé.

Certains témoins étaient d'avis qu'il fallait promouvoir les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans les centres de soins primaires, car ces services peuvent accélérer le diagnostic et l'intervention. Nous convenons que les modèles interdisciplinaires de soins primaires (par ex., équipes de santé familiale, les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones) dotés d'une vaste gamme d'expertises professionnelles permettront en grande partie d'assurer un accès en temps opportun aux services nécessaires. Le Comité spécial est encouragé par l'intention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'ajouter des conseillers en santé mentale à ces modèles.

Le Comité spécial a également appris que la dépendance aux analgésiques sur ordonnance est un problème en croissance rapide en Ontario. Nous étions très tristes d'apprendre de plusieurs Autochtones et d'agents de lutte contre les dépendances les préjudices que cette dépendance a causés dans de nombreuses collectivités. Il faut s'attaquer à ce problème immédiatement.

Les personnes ayant des troubles de santé mentale ou des problèmes de dépendance ont souvent de la difficulté à avoir accès aux soins primaires. Les médecins doivent consacrer plus de temps aux soins de ce type de patients. Nous avons appris qu'en raison du modèle de rémunération actuel, des médecins hésitent à prendre de nouveaux patients ou à offrir les services nécessaires à leurs patients aux prises avec ces problèmes. Le Comité spécial considère que la situation actuelle n'incite pas les médecins à offrir des soins de qualité. Toutefois nous avons été informés que l'entente conclue par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Medical Association en 2008 prévoyait des primes pour les personnes atteignant les objectifs minimums en matière de prestation des services, dont les services de santé mentale. Nous espérons que cette entente sera élargie.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

- 9.** Les fournisseurs de soins primaires devraient avoir accès aux outils et soutiens appropriés pour leur permettre de développer une plus grande sensibilité à l'égard des besoins de santé mentale et de lutte contre les

dépendances de leurs patients. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes, notamment un volet des programmes scolaires officiels ou d'un programme de formation continue.

10. Tous les modèles interdisciplinaires de soins primaires devraient inclure un volet de traitement des problèmes de santé mentale et de dépendance (par ex., travailleur social, psychiatre, psychologue ou travailleur en santé mentale).

11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'attaquer immédiatement au problème de dépendance aux analgésiques sur ordonnance.

12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager d'apporter d'autres changements au modèle de rémunération des médecins de famille pour mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins primaires et sur l'amélioration des soins pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de dépendance.

Services et soutiens communautaires

Le Comité spécial s'est inspiré d'une expression fréquemment utilisée « un foyer, un ami, un emploi » pour guider son choix de services et de soutiens communautaires essentiels. Bien que les activités récréatives, sociales et culturelles aident à créer des environnements favorisant la camaraderie et le soutien social, nous estimons que le logement, le soutien des pairs, l'emploi et le soutien aux aidants naturels sont particulièrement importants pour favoriser la création d'une base solide de services communautaires.

Logement

Dans notre *Rapport provisoire*, nous avons souligné l'importance que les témoins accordaient au logement, particulièrement pour les personnes atteintes de troubles graves et persistants. Un logement peut aider à réduire les symptômes psychiatriques ainsi que le nombre de visites au service des urgences et de séjours prolongés à l'hôpital. Le fait d'avoir une adresse permanente peut faciliter l'accès à une gamme de services, y compris l'aide sociale. Les besoins d'une personne en matière de logement et de soutien peuvent également changer à mesure qu'elle franchit les différentes étapes du processus de rétablissement.

Nous sommes conscients des rôles que les centres d'hébergement résidentiels et les foyers de soins spéciaux jouent pour fournir un logement aux personnes atteintes de troubles de santé mentale et nous avons été impressionnés par la capacité des fournisseurs tels que les Durham Mental Health Services et le Woodview Manor à répondre aux besoins changeants de leurs clients respectifs en matière de logement.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

13. Santé mentale et Dépendances Ontario devrait assurer, coordonner et promouvoir la création d'unités de logement sûres et abordables additionnelles, assorties de niveaux appropriés de soutien pour répondre aux besoins transitoires et prolongés des personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale et de dépendance.

Soutien par les pairs

On a beaucoup parlé et écrit au sujet de la valeur immense de l'engagement des personnes qui ont une expérience vécue dans la prestation des services. Des témoins nous ont dit que l'expérience acquise par les consommateurs/survivants qui participent aux initiatives, particulièrement à la prestation des services de soutien par les pairs, pouvait aider à réduire le nombre d'hospitalisations et à améliorer le bien-être et l'accès au traitement.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

14. Santé mentale et dépendances Ontario devrait veiller à ce que les fournisseurs de services en établissement et dans la collectivité cherchent activement à intégrer des pairs travailleurs dans tous les volets de la prestation de services et à tirer profit du projet de trousse de soutien par les pairs, mené dans le cadre de l'Ontario Peer Development Initiative, qui permettra aux organismes de soutien par les pairs d'accréditer les pairs travailleurs.

Emploi

Les problèmes de santé mentale et de dépendance en milieu de travail entraînent d'importants coûts directs et indirects pour l'économie canadienne. Selon notre source, ces coûts s'élèvent à 30 milliards de dollars par année⁸. Nous avons entendu parler d'employeurs qui sont activement engagés dans la promotion d'une bonne santé mentale et de travaux connexes du Centre de toxicomanie et de santé mentale et d'organismes tels que l'Association canadienne pour la santé mentale, mais nous estimons qu'il reste beaucoup à faire pour sensibiliser davantage à l'importance d'un milieu de travail sain dans la création d'un environnement de travail positif et efficace.

Les employeurs qui ont une bonne compréhension de la santé mentale et des dépendances peuvent fournir un environnement où les employés aux prises avec ces problèmes sont plus susceptibles de réussir et de s'épanouir. Cette compréhension doit comprendre des connaissances sur la façon d'embaucher des employés potentiels, de répondre aux besoins des travailleurs actuels et nouveaux et de promouvoir un milieu de travail sain. Il pourrait y avoir un bassin inexploité

⁸ Centre pour la santé mentale en milieu de travail, La Great West Life, « Faits et statistiques sur la santé mentale », plus récente mise à jour : 21 juillet 2008. Site Internet : <http://www.gwcentrepourlasantementale.com/display.asp?lc=1&11=2&12=13&d=13>, consulté le 23 juillet 2010.

de travailleurs qualifiés qui attendent l'occasion d'entrer ou de revenir sur le marché du travail, avec les soutiens appropriés.

Les soutiens à la formation et l'emploi (par ex., rédaction d'un curriculum vitae, techniques d'entrevue d'emploi et stages) facilitent la réintégration sociale et aident à trouver et à conserver un emploi valorisant. Un emploi peut améliorer la situation financière d'une personne, réduire sa dépendance à l'aide sociale et, ce qui est encore plus important, renforcer son estime de soi à une étape cruciale du processus de rétablissement.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

15. Santé mentale et dépendances Ontario devrait travailler avec les employeurs et les fournisseurs de services communautaires à l'élaboration de stratégies visant à augmenter les occasions d'emploi et les soutiens pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance.

Soutien aux familles et aux fournisseurs de soins

Nous avons entendu les témoignages d'une vaste gamme de soignants, notamment des parents âgés qui prennent soin d'un enfant adulte, de conjoints vieillissants qui s'occupent d'un partenaire atteint de démence, de grands-parents qui s'acquittent de responsabilités parentales et d'adultes d'âge moyen qui répondent aux demandes des membres de leur propre famille et de celles d'un frère ou d'une sœur. Ces personnes mettent tant d'énergie à répondre aux besoins de leurs proches que leur propre bien-être en souffre. On nous a aussi dit que les groupes de soutien à la famille, particulièrement ceux formés par les soignants eux-mêmes, pouvaient offrir de l'aide et des renseignements, ainsi qu'une éducation, un répit et des possibilités de discussion.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

16. Santé mentale et dépendances Ontario devrait accroître l'accessibilité aux soins de répit pour donner aux membres de la famille le temps et la liberté d'effectuer des activités personnelles, sociales et récréatives afin de maintenir leur propre santé mentale. L'organisme devrait également surveiller les progrès du projet de soutien par les pairs à l'intention des aidants naturels menés dans le cadre du programme Mental Health Family Link de la Commission de la santé mentale du Canada et adopter les pratiques exemplaires.

PROBLÈMES DE JUSTICE

Le Comité spécial croit que les problèmes de justice portés à notre attention au cours des 18 derniers mois sont suffisamment graves pour faire l'objet d'une discussion et de recommandations distinctes.

Tribunaux et services correctionnels

Le Comité spécial a appris que, pour beaucoup trop d'Ontariens, le premier contact avec le système de santé mentale se faisait par l'entremise du système de justice. De plus, selon le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, 36 % des personnes en détention en Ontario sont atteintes de troubles de santé mentale, et 50 % des contrevenants canadiens signalent la toxicomanie comme une cause de leur délit. Selon le Comité spécial, il s'agit de signes manifestes que les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances doivent être transformés en Ontario.

Des témoins ont informé le Comité spécial qu'on les avait encouragés à faire arrêter un membre de leur famille, simplement pour qu'il puisse recevoir les services de santé mentale dont il avait tant besoin. Dans certains cas, ces personnes ont été déjudiciarisées, par les agents de police ou par les tribunaux, et orientées vers le système de santé mentale. Toutefois, dans d'autres cas, elles languissent en prison et reçoivent des soins de santé mentale inadéquats. Comme le résumait si bien l'ex-sénateur Michael Kirby, « Nous avons fait des rues et des prisons les asiles du XXI^e siècle ».

Le Comité spécial croit que la création de Santé mentale et dépendances Ontario, une meilleure promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux, une sensibilisation accrue aux problèmes de dépendance, une intervention rapide et une utilisation plus fréquente des navigateurs du système aideront à remédier à la situation.

Cependant, le Comité spécial croit également que des programmes particuliers de tribunaux et de services correctionnels devraient être offerts à plus grande échelle. Nous avons entendu beaucoup de bonnes choses à propos du tribunal pour les personnes ayant des troubles mentaux, du tribunal de traitement de la toxicomanie et du tribunal pour jeunes ayant des troubles mentaux de la province. L'accès à ces installations devrait être amélioré dans la mesure du possible. Des services de déjudiciarisation devraient être offerts à l'échelle de la province, même en l'absence de tribunaux spéciaux, par exemple par la présence d'un plus grand nombre de travailleurs en santé mentale dans les contextes judiciaires.

Le Comité spécial fait également la promotion des stratégies qui aident à améliorer la sensibilité policière, à désamorcer les situations difficiles et à favoriser davantage la déjudiciarisation des personnes. Nous avons été impressionnés par la collaboration entre le Service de police régionale de Durham, l'Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, le Durham College et l'University of Ontario Institute of Technology qui a permis de créer des simulations utilisées dans la formation des agents de police. Les autres services de police doivent être informés de l'existence de ces programmes.

Finalement, les personnes incarcérées doivent avoir accès au panier complet de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Il ne devrait pas y avoir de distinction entre leurs besoins en matière de santé physique, de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le Comité spécial croit également que

les plans de remise en liberté des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance devraient inclure un lien vers un navigateur du système et, par son entremise, vers les services communautaires appropriés, particulièrement le logement.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

17. Les services de travailleurs judiciaires en santé mentale devraient être offerts à grande échelle dans toutes les régions de l'Ontario, dans le but de déjudiciariser un plus grand nombre de personnes et de les orienter vers les services et soutiens appropriés de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

18. D'autres tribunaux pour les personnes ayant des troubles mentaux, de traitement de la toxicomanie et pour jeunes ayant des troubles mentaux devraient être créés dans toutes les régions de la province, pour offrir des services plus adaptés aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance.

19. Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devrait donner aux forces policières à travers la province la directive de fournir une formation aux agents qui pourraient intervenir auprès de personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance.

20. Le panier de base de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances devrait être offert à la population incarcérée, et les plans de remise en liberté des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance devraient inclure les services d'un navigateur du système et les services communautaires appropriés.

Législation

Loi sur la santé mentale et Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé

La législation ontarienne sur la santé mentale accorde beaucoup d'importance à l'autonomie individuelle. L'admission d'une personne dans un établissement de soins psychiatriques et le traitement subséquent de cette personne sont considérés comme deux questions distinctes. La *Loi sur la santé mentale* énonce les critères d'admission des patients dans des établissements psychiatriques et limite généralement l'admission involontaire à un éventail restreint de circonstances. La personne doit s'être comportée avec violence, avoir menacé de se comporter avec violence ou avoir fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même, et doit souffrir d'un trouble mental qui aura probablement pour conséquence des « lésions corporelles graves »⁹. La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de*

⁹ Un nombre restreint d'enfants sont également admis pour obtenir un traitement de santé mentale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*.

santé régit le consentement au traitement. Une prémisses fondamentale de cette loi est que toute personne a le droit de refuser un traitement, tant et aussi longtemps qu'elle passe avec succès un test de capacité à deux volets¹⁰.

Toutefois, comme nous l'avons signalé dans notre *Rapport provisoire*, nous sommes troublés d'entendre le témoignage de nombreux témoins qui ont eu du mal à obtenir des soins pour des membres de leurs familles qui sont clairement malades mais qui refusent d'être traités ou qui reçoivent leur congé de l'hôpital trop vite. Bon nombre d'entre eux nous ont parlé de la nécessité de recourir au processus complexe de la formule 1 ou de la formule 2 – qui doit être signée par un policier ou un agent de la paix – à plusieurs reprises avant que leur être cher reçoive les traitements adéquats¹¹. Une famille a informé le Comité spécial que leur fils n'avait été admis à l'hôpital qu'après avoir menacé de se jeter du haut d'un édifice de quatre étages. Un autre jeune homme a reçu son congé de l'hôpital même s'il avait dit aux membres de sa famille qu'il pourrait arrêter des voitures en mouvement simplement en leur touchant.

Nous sommes également familiers avec ces scénarios racontés par nos électeurs. Nous avons entendu parler de nombreux cas où une personne n'avait pas été admise à l'hôpital parce qu'elle ne s'était pas comportée avec violence ou avait refusé un traitement vraiment nécessaire seulement quelques temps avant de subir une détérioration potentiellement irréversible de son état de santé. Nous avons également été informés de cas où un fils, une fille ou un père s'est suicidé ou a blessé un être cher après ne pas avoir réussi à obtenir des soins.

Les défenseurs des droits ont averti le Comité spécial que l'admission et le traitement involontaires sont des violations si graves de l'autonomie que la société doit accepter ces risques et dangers. Ils ont aussi souligné que les médicaments psychiatriques peuvent avoir de graves effets secondaires auxquels de nombreuses personnes sont peu enclines à s'exposer.

Le Comité spécial croit, toutefois, qu'il faut trouver un équilibre entre le droit à l'autonomie et le droit au bien-être. Le Comité spécial croit aussi que nos lois actuelles lient les mains des professionnels de la santé et des familles et ont contribué à la criminalisation de la maladie mentale, où les personnes doivent être arrêtées dans le but de recevoir des soins. Même s'il ne fait aucun doute que l'accès aux soutiens communautaires et aux lits d'hôpitaux doit être amélioré en Ontario, certaines personnes se priveront de tels services en raison de la nature de leur état qui les pousse à nier qu'elles sont malades. De plus, il y a un certain nombre de troubles psychiatriques pour lesquels un délai de traitement peut entraîner une détérioration irréversible de leur santé. Le cadre législatif actuel de l'Ontario ne prévoit pas les nuances nécessaires pour trouver une solution à cette délicate situation.

¹⁰ Des renseignements plus détaillés sur ces deux lois sont fournis à l'annexe D.

¹¹ D'autres renseignements sur l'admission involontaire et le processus de traitement sont également fournis à l'annexe D.

Nous avons reçu des témoignages selon lesquels d'autres administrations ont adopté des critères d'admission involontaire moins strictes en élargissant leur définition de dommage, sans compromettre indûment l'autonomie. Par exemple, ces administrations considèrent la menace de tout préjudice grave, et non uniquement les lésions corporelles. Elles permettent également le traitement dans des cas d'admission involontaire. Le Comité spécial était particulièrement impressionné par la législation de la Colombie-Britannique en matière de santé mentale. De même, nous comprenons que des pays tels que la Norvège et les Pays-Bas, généralement considérés comme des sociétés ayant une compréhension avancée des droits individuels et des normes élevées en matière de soins pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale, ont un seuil inférieur au risque de lésions corporelles graves pour autoriser l'admission et le traitement involontaires.

Certains spécialistes de la médecine et du droit nous ont même informés qu'ils doivent régulièrement « plier » les lois ontariennes pour s'assurer que leurs clients reçoivent le traitement dont ils ont besoin. De plus, nous avons appris que la Commission du consentement et de la capacité, les tribunaux de l'Ontario et la Cour suprême du Canada interprètent apparemment le terme « dommage » de manière assez générale pour qu'il comprenne les dommages psychologiques. Cependant, le Comité spécial s'inquiète du fait que cette interprétation n'est pas connue ni mise en pratique à grande échelle. Il hésite également à perpétuer une situation dans laquelle les lois provinciales ne sont pas respectées.

Après un long et attentif examen, le Comité spécial ne croit pas avoir l'expertise juridique pour proposer des modifications précises à la législation de l'Ontario en matière de santé mentale. Toutefois, il a clairement établi les résultats qui doivent être obtenus pour éliminer les souffrances excessives et inutiles permises en vertu de la législation actuelle :

- Les critères d'admission involontaire doivent être interprétés ou modifiés pour inclure les dommages graves qui ne sont pas uniquement de nature corporelle.
- L'admission involontaire doit également comprendre le traitement.

Le Comité spécial a été informé que différentes modifications législatives ou stratégiques permettraient de produire les résultats recherchés.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

21. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait créer un groupe de travail, en prévoyant la représentation adéquate de clients atteints de troubles de santé mentale et de leurs soignants, entre autres, ainsi que de spécialistes de la législation en matière de la santé mentale, afin d'examiner et de proposer des modifications à la législation ontarienne en matière de santé mentale et aux politiques relatives à l'admission et au traitement involontaires. Les changements devraient faire en sorte que les critères d'admission involontaires comprennent les

dommages graves qui ne sont pas uniquement de nature corporelle et que l'admission involontaire comprenne le traitement. Ce groupe de travail devrait présenter un rapport au Ministère dans l'année suivant l'adoption du présent rapport par l'Assemblée législative.

Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

En vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) de l'Ontario, les dépositaires de renseignements sur la santé peuvent recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé d'un particulier seulement avec le consentement explicite ou implicite de cette personne, sous réserve d'exceptions limitées. Tout comme dans le cas de la *Loi sur la santé mentale* et de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, le respect de l'autonomie individuelle est essentiel. La LPRPS utilise également une terminologie semblable à celle de la *Loi sur la santé mentale*, en permettant la divulgation de renseignements personnels sur la santé dans le but de réduire un risque important de « lésions corporelles graves »¹².

Cependant, des familles ont souvent subi les conséquences d'un système fondé sur le consentement. Bon nombre de personnes ont parlé au Comité spécial de leur frustration parce qu'elles sont responsables de leurs être chers sur le plan affectif et financier, mais sans être considérées comme des partenaires de soins par le système de santé. Une mère n'était pas sûre si elle devait prendre au sérieux les menaces occasionnelles de violence de son fils, parce qu'il ne permettait pas à son psychiatre de divulguer davantage de renseignements sur son état. Certains soignants n'ont su qu'un des leurs avait été hospitalisé ou était sur le point de recevoir son congé qu'au moment où il a frappé à leur porte ou, pire encore, lorsqu'il a été retrouvé errant dans les rues. D'autres encore ont communiqué certains renseignements à un psychiatre, qui les a immédiatement transmis à son client, aggravant sa paranoïa et sa méfiance.

Lorsque la LPRPS a été examinée en 2008 par le Comité permanent de la politique sociale, le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario a recommandé que le texte de la loi soit modifié pour préciser les renseignements de santé qui peuvent être divulgués afin de réduire le risque de « dommages psychologiques graves », ainsi que de lésions corporelles¹³. Le Comité spécial croit qu'il s'agit d'une modification raisonnable, particulièrement en raison du témoignage semblable que nous avons reçu concernant la *Loi sur la santé mentale*.

Le Comité spécial a également appris que la législation de la Colombie-Britannique permet la divulgation de renseignements personnels sur la santé aux professionnels de la santé, aux membres de la famille et à d'autres personnes qui dispensent des soins à un client sans le consentement de ce dernier, pour assurer

¹² D'autres renseignements sur la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* sont fournis à l'annexe D.

¹³ Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée, « Recommendations for Amendments to the *Personal Health Information Protection Act, 2004* », 28 août 2008, n° 17.

la « continuité des soins » et si une telle mesure sert les meilleurs intérêts du client ou de la cliente¹⁴. Le Comité spécial croit que la législation de la C.-B. assure peut-être un meilleur équilibre entre l'autonomie du client et le besoin d'un soignant d'avoir accès aux renseignements de santé importants.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le Comité spécial ne croit pas avoir l'expertise juridique nécessaire pour proposer des modifications précises à la législation ontarienne en matière de santé mentale ou, dans ce cas, à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Toutefois, le Comité est convaincu que des modifications à la *LPRPS* sont nécessaires pour veiller à ce que les soignants obtiennent les renseignements personnels sur la santé appropriés.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

22. Le groupe de travail créé pour examiner et proposer des modifications à la législation ontarienne en matière de santé mentale et aux politiques connexes devrait également examiner et proposer des modifications à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Les modifications devraient permettre aux membres de la famille et aux soignants qui offrent un soutien à une personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance, et qui souvent vivent avec cette personne, d'avoir accès aux renseignements personnels sur la santé nécessaires pour fournir ce soutien, prévenir une détérioration de l'état de santé de cette personne et réduire le risque de dommages psychologiques ou de lésions corporelles graves.

CONCLUSION ET SUIVI

En terminant, le Comité spécial aimerait à nouveau remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à ce projet. Même si le sujet a parfois été assez difficile à aborder, nous nous sentons privilégiés d'avoir été mandatés pour faire cet important travail.

Nous sommes cependant conscients que de nombreux rapports sur le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances ont déjà été déposés et que certains d'entre eux contenaient des recommandations semblables à celles qui sont formulées dans le présent document. Les modifications nécessaires n'ont toujours pas été apportées, et des personnes continuent de souffrir.

Le Comité spécial recommande donc ce qui suit :

23. L'Assemblée législative de l'Ontario devrait examiner le progrès accompli en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent rapport dans les deux années suivant son adoption.

¹⁴ Colombie-Britannique, *Guide to the Mental Health Act*, 2005 ed., 4 avril 2005.

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction, la population s'attend à ce que des mesures soient prises. Nous avons la même attente.

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

1. Un nouvel organisme cadre – Santé mentale et dépendances Ontario (SMDO), relevant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée – devrait être créé pour s'assurer qu'une entité unique est responsable de la conception, de la gestion et de la coordination du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances et veiller à ce que les programmes et services soient dispensés de façon uniforme et compréhensive à l'échelle en Ontario.

et

Tous les programmes et services de santé mentale et de lutte contre les dépendances – pour toutes les régions de la province et pour tous les âges, y compris les enfants et les jeunes – devraient être regroupés au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (Consulter les recommandations détaillées concernant l'énoncé de mission, les objectifs stratégiques et les responsabilités dans le cours du texte.) (p. 4-6)

2. Santé mentale et dépendances Ontario devrait veiller à ce qu'un panier de services de base en établissement, en résidence et au sein de la collectivité soit offert dans chaque région de la province à la clientèle de tout âge, repérer les lacunes et éliminer les dédoublements. Des modèles de renvoie doivent être mis en place pour donner accès aux services spécialisés dispensés uniquement à l'extérieur d'une région. Chaque région doit également avoir une capacité suffisante pour offrir des soins aux clients atteints de troubles concomitants. (p. 8)

3. Les clients et les membres de leur famille devraient avoir accès à des navigateurs qui les orienteront vers le traitement et les services de soutien communautaire appropriés (par ex., logement, aide au revenu, emploi, soutien par les pairs et possibilités de loisir). Les personnes ayant des besoins complexes et continus devraient être soutenues par un plan qui les guidera sur le chemin du rétablissement et du bien-être, particulièrement après avoir reçu leur congé de l'établissement où elles recevaient des traitements. (p. 8)

4. Santé mentale et dépendances Ontario devrait évaluer le besoin en matière de lits de soins psychiatriques actifs pour les enfants et les adultes dans chaque région. (p. 8-9)

5. Santé mentale et dépendances Ontario devrait veiller à ce que les fournisseurs de soins primaires et les membres du personnel concernés à tous les niveaux des systèmes d'éducation et de soins de longue durée aient accès à des outils d'évaluation et de dépistage communs, adaptés à l'âge et fondés sur des preuves. (p. 9)

6. Santé mentale et Dépendances Ontario devrait favoriser la création d'un plus grand nombre d'équipes mobiles d'intervention en cas de crise 24/7. (p. 9-10)

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait renforcer la capacité de Télésanté Ontario à répondre aux appelants présentant des troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance et prendre des mesures pour mieux faire connaître ce service. (p. 9-10)
8. Santé mentale et dépendances Ontario devrait collaborer avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour examiner les protocoles des services des urgences dans le but d'accroître leur capacité à accueillir avec efficacité, efficience et sensibilité les personnes se présentant avec des problèmes de santé mentale et de dépendance et, selon le cas, à les rediriger vers des services et des soutiens communautaires. (p. 10)
9. Les fournisseurs de soins primaires devraient avoir accès aux outils et soutiens appropriés pour leur permettre de développer une plus grande sensibilité à l'égard des besoins de santé mentale et de lutte contre les dépendances de leurs patients. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes, notamment un volet des programmes scolaires officiels ou d'un programme de formation continue. (p. 9-12)
10. Tous les modèles interdisciplinaires de soins primaires devraient inclure un volet de traitement des problèmes de santé mentale et de dépendance (par ex., travailleur social, psychiatre, psychologue ou travailleur en santé mentale). (p. 9-12)
11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait s'attaquer immédiatement au problème de dépendance aux analgésiques sur ordonnance. (p. 9-12)
12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager d'apporter d'autres changements au modèle de rémunération des médecins de famille pour mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins primaires et sur l'amélioration des soins pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de dépendance. (p. 9-12)
13. Santé mentale et Dépendances Ontario devrait assurer, coordonner et promouvoir la création d'unités de logement sûres et abordables additionnelles, assorties de niveaux appropriés de soutien pour répondre aux besoins transitoires et prolongés des personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale et de dépendance. (p. 12-13)
14. Santé mentale et dépendances Ontario devrait veiller à ce que les fournisseurs de services en établissement et dans la collectivité cherchent activement à intégrer des pairs travailleurs dans tous les volets de la prestation de services et à tirer profit du projet de trousse de soutien par les pairs, mené dans le cadre de l'Ontario Peer Development Initiative, qui permettra aux organismes de soutien par les pairs d'accréditer les pairs travailleurs. (p. 13)
15. Santé mentale et dépendances Ontario devrait travailler avec les employeurs et les fournisseurs de services communautaires à l'élaboration de stratégies visant à

augmenter les occasions d'emploi et les soutiens pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance. (p. 13-14)

16. Santé mentale et dépendances Ontario devrait accroître l'accessibilité aux soins de répit pour donner aux membres de la famille le temps et la liberté d'effectuer des activités personnelles, sociales et récréatives afin de maintenir leur propre santé mentale. L'organisme devrait également surveiller les progrès du projet de soutien par les pairs à l'intention des aidants naturels menés dans le cadre du programme Mental Health Family Link de la Commission de la santé mentale du Canada et adopter les pratiques exemplaires. (p. 14)

17. Les services de travailleurs judiciaires en santé mentale devraient être offerts à grande échelle dans toutes les régions de l'Ontario, dans le but de déjudiciariser un plus grand nombre de personnes et de les orienter vers les services et soutiens appropriés de santé mentale et de lutte contre les dépendances. (p. 14-16)

18. D'autres tribunaux pour les personnes ayant des troubles mentaux, de traitement de la toxicomanie et pour jeunes ayant des troubles mentaux devraient être créés dans toutes les régions de la province, pour offrir des services plus adaptés aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance. (p. 14-16)

19. Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels devrait donner aux forces policières à travers la province la directive de fournir une formation aux agents qui pourraient intervenir auprès de personnes atteintes de troubles de santé mentale et de problèmes de dépendance. (p. 14-16)

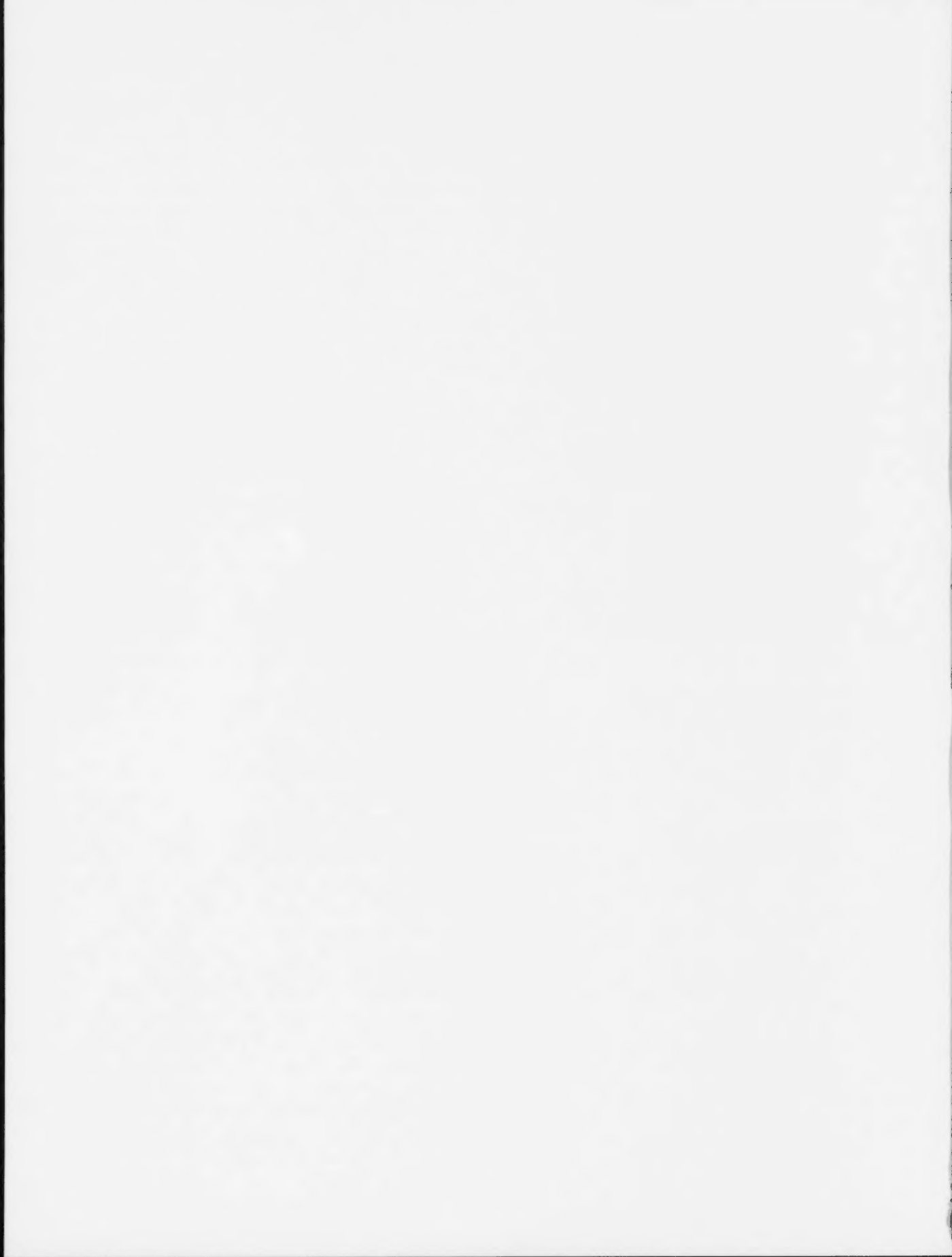
20. Le panier de base de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances devrait être offert à la population incarcérée, et les plans de remise en liberté des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance devraient inclure les services d'un navigateur du système et les services communautaires appropriés. (p. 14-16)

21. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait créer un groupe de travail, en prévoyant la représentation adéquate de clients atteints de troubles de santé mentale et de leurs soignants, entre autres, ainsi que de spécialistes de la législation en matière de la santé mentale, afin d'examiner et de proposer des modifications à la législation ontarienne en matière de santé mentale et aux politiques relatives à l'admission et au traitement involontaires. Les changements devraient faire en sorte que les critères d'admission involontaires comprennent les dommages graves qui ne sont pas uniquement de nature corporelle et que l'admission involontaire comprenne le traitement. Ce groupe de travail devrait présenter un rapport au Ministère dans l'année suivant l'adoption du présent rapport par l'Assemblée législative. (p. 16-19)

22. Le groupe de travail créé pour examiner et proposer des modifications à la législation ontarienne en matière de santé mentale et aux politiques connexes devrait également examiner et proposer des modifications à la Loi de 2004 sur la

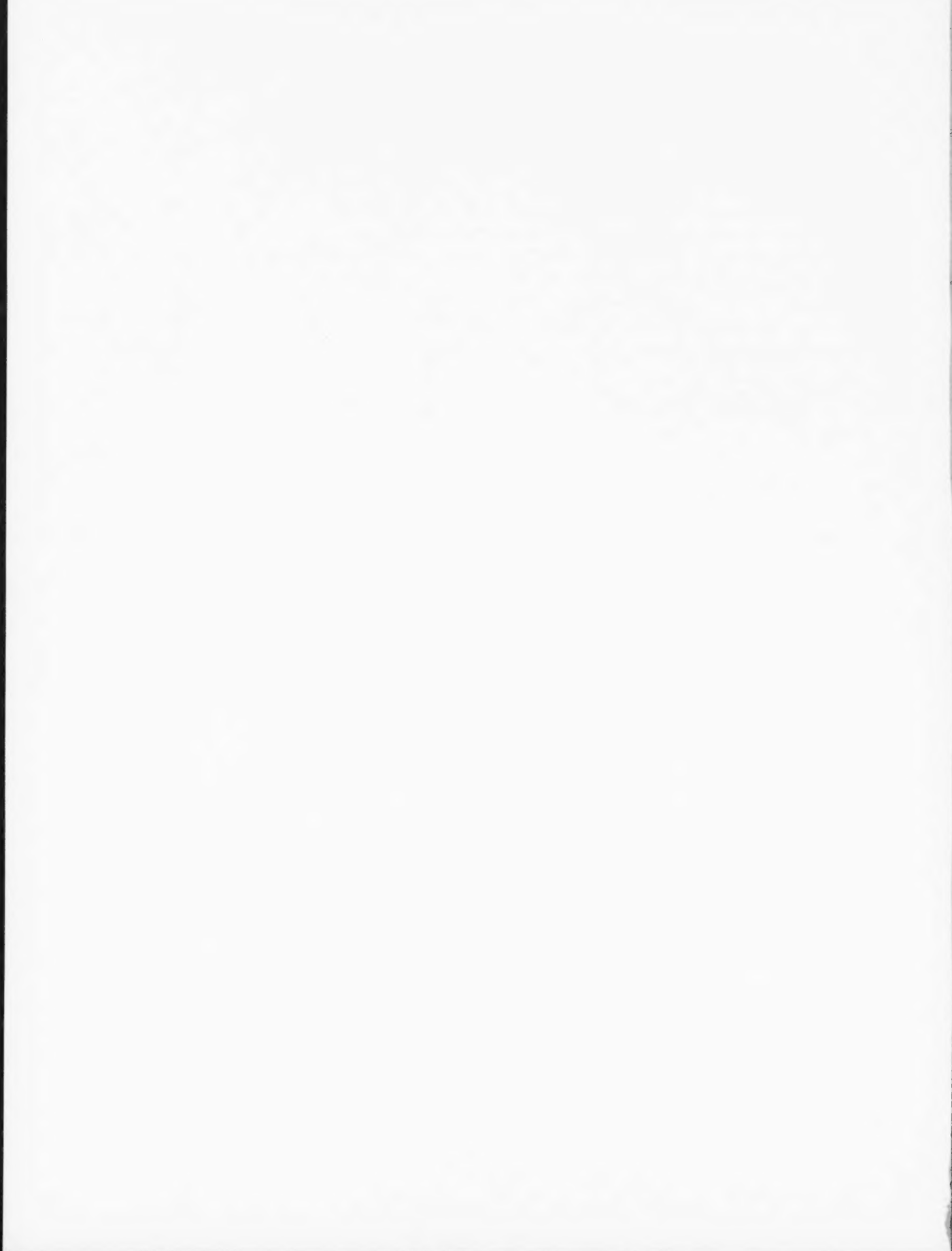
protection des renseignements personnels sur la santé. Les modifications devraient permettre aux membres de la famille et aux soignants qui offrent un soutien à une personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou d'un problème de dépendance, et qui souvent vivent avec cette personne, d'avoir accès aux renseignements personnels sur la santé nécessaires pour fournir ce soutien, prévenir une détérioration de l'état de santé de cette personne et réduire le risque de dommages psychologiques ou de lésions corporelles graves. (p. 19-20)

23. L'Assemblée législative de l'Ontario devrait examiner le progrès accompli en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent rapport dans les deux années suivant son adoption. (p. 20)



ANNEXE A

Mandat du Comité et processus



MANDAT DU COMITÉ

Le 24 février 2009, l'Assemblée législative de l'Ontario a donné son consentement unanime à une motion créant un Comité spécial de la santé mentale et des dépendances chargé d'envisager une vaste stratégie provinciale de santé mentale et de lutte contre les dépendances et de rendre compte de ses observations et recommandations. Pour élaborer ses recommandations, le Comité :

- travaillera avec des consommateurs et des survivants, des fournisseurs, des experts et d'autres intéressés afin de déterminer les besoins qui existent dans la province;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des enfants et des jeunes adultes;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des membres des Premières nations (dans les réserves et hors réserve), des Inuits et des Métis;
- déterminera les besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des personnes âgées;
- trouvera des manières de mieux utiliser les possibilités et les initiatives existantes au sein de l'actuel système de santé mentale et de lutte contre les dépendances;
- explorera des approches novatrices de prestation des services dans la collectivité;
- repérera les possibilités d'améliorer la coordination et l'intégration des services entre les secteurs pour tous, y compris les personnes présentant à la fois des problèmes de santé mentale et de dépendance;
- soulignera l'importance de l'intervention précoce et de la promotion de la santé lorsqu'il est question de diagnostic et de traitement pour la santé mentale et les problèmes de dépendance;
- envisagera les besoins en santé mentale et en lutte contre les dépendances des francophones et des minorités ethniques confrontées à des différences linguistiques et culturelles;
- examinera la question de l'accès aux soins, notamment les soins primaires et d'urgence, pour les personnes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance;
- étudiera le continuum existant des services sociaux et des mécanismes de soutien destinés aux personnes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance, ce qui comprendrait la justice, le logement avec services de soutien, et le soutien à l'éducation et à la formation professionnelle.

Le Comité était censé présenter son rapport final à l'Assemblée avant la fin de la session du printemps 2010; cependant, s'il déterminait qu'il avait besoin de plus de temps, il pouvait adopter une motion repoussant le délai d'un maximum de trois mois.¹

¹ Ontario, Assemblée législative, Procès-verbaux, 1^{re} session, 39^e législature (24 février 2009) : 3.

Le Comité a décidé qu'il voudrait avoir plus de temps pour préparer son rapport final et il a adopté une motion prolongeant le délai de trois mois, c'est-à-dire au 3 septembre 2010.

ANTÉCÉDENTS

Le Comité connaît et apprécie beaucoup les travaux réfléchis qui ont précédé sa propre étude sur le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Parmi les efforts plus récents, mentionnons le rapport novateur publié en 2006 par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*; le rapport diffusé en novembre 2006 par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, *Une responsabilité partagée : Cadre stratégique ontarien des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes*; le rapport présenté en 2008 par Roy McMurtry et Alvin Curling, *Examen des causes de la violence chez les jeunes*; et le rapport publié en 2009 par la Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*.

Deux développements survenus en Ontario sont particulièrement dignes de mention : la création du Groupe consultatif ministériel et l'adoption d'une motion d'initiative parlementaire. L'ancien ministre de la Santé et des Soins de longue durée a établi le Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances en octobre 2008. Le Groupe consultatif ministériel aidera à établir une nouvelle stratégie décennale pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Dans un premier temps, il a publié un document de travail, *Chaque porte est la bonne porte*, en juillet 2009².

Le 4 décembre 2008, Christine Elliott (PC – Whitby-Oshawa) a proposé la motion suivante :

Que, de l'avis de la Chambre, un comité spécial devrait être immédiatement constitué afin d'élaborer une stratégie ontarienne détaillée pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances;

Que, dans l'élaboration de sa stratégie et de ses recommandations, le Comité mette l'accent sur les questions suivantes:

² Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances, *Chaque porte est la bonne porte – Vers une stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances : Document de travail* (Toronto, Imprimeur de la Reine, juillet 2009), p. 5 et 7.

La nécessité urgente d'une stratégie détaillée pour la santé mentale en Ontario afin de travailler en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada et de coordonner la prestation des programmes et services de santé mentale en Ontario;

Le manque de coordination entre les nombreux ministères provinciaux chargés de fournir des programmes et services de santé mentale en Ontario;

Les problèmes de santé mentale des enfants;

L'augmentation du taux de suicide chez les jeunes;

Les problèmes de santé mentale et/ou de dépendance des sans-abri;

Les besoins en santé mentale des résidents des établissements de soins de longue durée;

Le manque d'accès des Autochtones aux services de santé mentale de base dans plusieurs régions de l'Ontario;

Les enjeux auxquels font face les tribunaux et les services policiers de tout l'Ontario qui doivent composer avec le nombre croissant de présumés contrevenants qui souffrent d'un grave problème de santé mentale et/ou de dépendance;

Que le Comité soit autorisé à tenir des audiences et à entreprendre des recherches, et qu'il exerce généralement les pouvoirs et fonctions nécessaires pour formuler des recommandations concernant une stratégie ontarienne détaillée pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances; et

Que le Comité présente un rapport provisoire à la Chambre au plus tard à la fin de 2009, ainsi qu'un rapport final au plus tard le 30 juin 2010.

La motion a été adoptée à l'unanimité³.

RÉUNIONS DU COMITÉ

Le Comité s'est réuni pour s'organiser et discuter de questions d'affaires en mars et au début avril 2009. Des audiences publiques ont eu lieu à Toronto et dans d'autres villes de la mi-avril 2009 au début mai 2010. Les audiences du printemps 2009 comprenaient des présentations par des ministères qui jouent un rôle dans la prestation des services provinciaux de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le vérificateur général de l'Ontario a parlé des vérifications pertinentes décrites dans son Rapport annuel 2008. Ont aussi comparu durant cette période des invités présents à titre personnel ou comme représentants de groupes d'intervenants (par exemple, l'ancien sénateur Michael Kirby au nom de la Commission de la santé mentale du Canada).

³ Ontario, Assemblée législative, Procès-verbaux, 1^{re} session, 39^e législature (4 décembre 2008), 5 et 6.

Au cours des semaines qui ont suivi, le Comité a entendu des consommateurs/survivants, des membres de leurs familles, des professionnels des soins de santé et des services sociaux et des représentants d'organismes concernés. Le Comité a également rencontré les membres du Groupe consultatif ministériel de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances à deux occasions, ainsi que des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

En tout, le Comité a tenu des audiences publiques à 30 dates différentes durant lesquelles il a entendu plus de 230 personnes et organismes. Il a reçu plus de 300 présentations, incluant des mémoires, des articles de revues et de magazines, des dépliants, des articles de journaux et des DVD. Le calendrier des audiences publiques du Comité ainsi qu'une liste des témoins et des mémoires figurent à l'annexe B.

Le Comité voudrait remercier tous ceux et celles qui ont participé à ses audiences ou qui ont soumis des mémoires pour le temps considérable qu'ils ont consacré à cette tâche et pour leur générosité d'esprit.

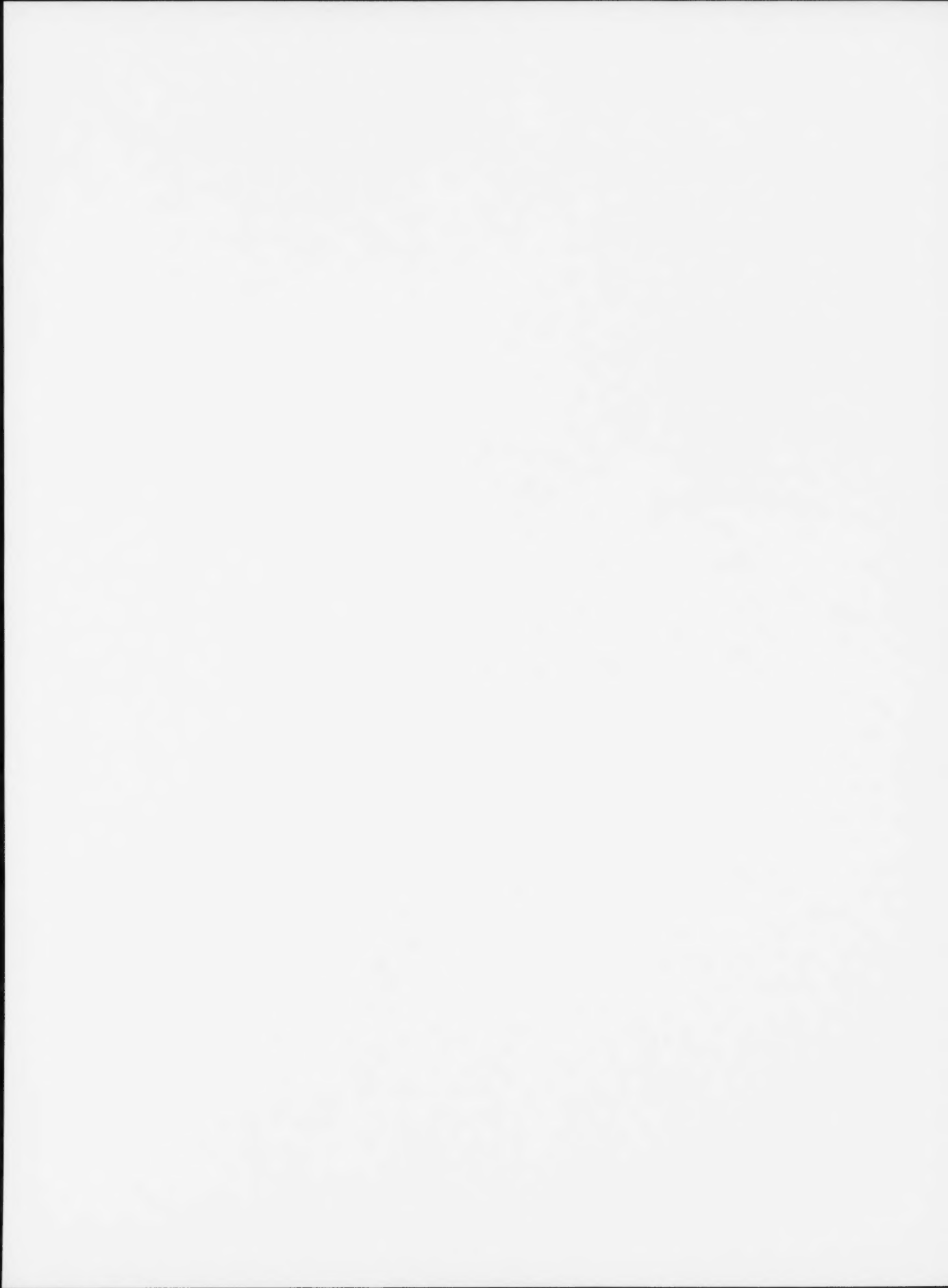
VISITES SUR PLACE

Outre les audiences traditionnelles, le Comité a visité divers endroits afin de mieux comprendre et apprécier le fonctionnement du système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances et sa capacité à répondre aux besoins de ses clients. Il a pris le temps de visiter des installations et de parler au personnel du Centre de toxicomanie et de santé mentale sur la rue Queen Ouest à Toronto, du Centre régional de santé mentale de St. Thomas et d'Eva's Phoenix, un des refuges du groupe Eva's Initiatives, à Toronto, du Woodview Manor et du Mischa Weisz Centre for Autism Services à Hamilton, et de L'Unité d'urgence en santé mentale de l'Hôpital général de Guelph.

Nous avons également visité plusieurs collectivités et organismes de soins de santé des Premières nations. La Première nation Sandy Lake, la Nation des Oneidas de la Thames, la bande Six Nations de Grand River, la Première nation Alderville, la Première nation Hiawatha et la Première nation Curve Lake ont gracieusement accepté notre invitation à discuter de leurs problèmes de santé mentale et de dépendance. Des représentants de Weeneebayko Health Ahtuskaywin, de Weeneebayko Area Health Authority et de l'Hôpital général de la baie James ont accueilli le Comité à l'Hôpital général de Weeneebayko à Moose Factory. Enfin, des représentants de Nodin Child and Family Intervention Services, une direction de Sioux Lookout First Nations Health Authority, ont partagé leur expertise avec le Comité lors d'une visite sur place à Sioux Lookout.

ANNEXE B

**Calendrier des audiences publiques
Liste des témoins et des présentations**



CALENDRIER DES AUDIENCES PUBLIQUES

Des audiences publiques ont eu lieu à Toronto et dans plusieurs autres villes aux dates indiquées ci-après.

Toronto	8 et 22 avril; 6, 13 et 27 mai; 3 juin; 8, 16, 23 et 30 septembre; 7, 21 et 28 octobre; 4, 18 et 25 novembre; 2 et 9 décembre 2009; 24 mars; 14, 21 et 28 avril; 5 mai; 2 et 7 juin 2010 ¹
Windsor	15 juin 2009
St. Thomas	16 juin 2009
Hamilton	17 juin 2009
Kingston	18 juin 2009
Ottawa	9 septembre 2009
Sudbury	10 septembre 2009
Thunder Bay	11 septembre 2009

Le compte rendu de chaque réunion est accessible à <http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committeetranscriptscurrent.do>  fr.

LISTE DES TÉMOINS ET DES MÉMOIRES²

(au 21 juillet 2010)

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Addictions Ontario; Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario; Centre de toxicomanie et de santé mentale; Ontario Association of Patient Councils; Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario; Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre pairs		✓
Advocacy Centre for the Elderly		✓
Alliance of Psychotherapy Training Institutions	8 septembre 2009	✓
Andruski, Peter	23 septembre 2009	
Associated Youth Services de Peel	2 décembre 2009	

¹ Les audiences des 2 et 7 juin 2010 ont été tenues à huis clos.

² Les présentations comprennent des mémoires, des lettres, des articles de revues et de magazines, des dépliants, des articles de journaux et des DVD.

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Association canadienne de counseling	18 juin 2009	✓
Association canadienne pour la pratique et l'éducation pastorales, Ontario	17 juin 2009	
Association canadienne pour la santé mentale, Champlain Est	9 septembre 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario	27 mai 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario, Ontario Consumer and Family Advisory Council	18 novembre 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section d'Elgin	16 juin 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section d'Ottawa	9 septembre 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section de Sudbury-Manitoulin	10 septembre 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section de Thunder Bay	11 septembre 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section de Toronto	7 octobre 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section du comté de Windsor-Essex, Conseil des consommateurs	15 juin 2009	✓
Association canadienne pour la santé mentale, section régionale de Nipissing	10 septembre 2009	
Association des associés(es) en psychologie de l'Ontario	30 septembre 2009	✓
Association des consultants et conseillers en santé mentale, psychométriciens et psychothérapeutes de l'Ontario	18 juin 2009	✓
Association des hôpitaux de l'Ontario	7 octobre 2009	✓
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	7 octobre 2009	✓
Association des psychiatres de l'Ontario	11 septembre 2009	✓
Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario		✓
Association for Better Care of Children		✓
Association pour la boulimie et l'anorexie	15 juin 2009	✓
Atwood, Brenda, Karen Miller et Linda Kachur	11 septembre 2009	
Aubert, Annick		✓
Baker, Eleanor	21 octobre 2009	✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Baker, Kathy et Ann Tassonyi	18 novembre 2009	✓
Bélanger, Maryse	25 novembre 2009	✓
Bell, Lorie	10 septembre 2009	✓
Blais, Aimé		✓
Bowering, Donna	16 juin 2009	✓
Brain Injury Services of Northern Ontario	11 septembre 2009	
Brown, Chris		✓
Brown, D ^r Alan	4 novembre 2009	✓
Brown, Rév. Glenn	8 septembre 2009	✓
Buchanan, Lembi		✓
Buchholz, Andreas	11 septembre 2009	
Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques	8 septembre 2009	✓
Burge, D ^r Philip	18 juin 2009	✓
Burlington Counselling and Family Services	17 juin 2009	✓
Carla	17 juin 2009	✓
Casola, D ^r Paul et Adrienne Sequeira	8 septembre 2009	✓
Centre communautaire de counselling du Nipissing	10 septembre 2009	
Centre d'excellence provincial au CHEO en santé mentale des enfants et des ados	9 septembre 2009	✓
Centre de ressources Haldimand-Norfolk	17 juin 2009	✓
Centre de santé de Sherbourne	7 octobre 2009	✓
Centre de toxicomanie et de santé mentale	3 juin 2009	✓
Centre de toxicomanie et de santé mentale, Centre des sciences préventives	16 juin 2009	✓
Centre de toxicomanie et de santé mentale, Institut ontarien du jeu problématique	24 mars 2010	✓
Centre Gerstein	22 avril 2009	
Centre Griffin	8 septembre 2009	✓
Centre ontarien de recherche sur le jeu problématique	24 mars 2010	
Centre pour enfants de Peel	7 octobre 2009	✓
Centre pour enfants –Thunder Bay	11 septembre 2009	✓
Centres de traitement Youthdale	5 mai 2010	✓
Chatham-Kent Consumer and Family Network	15 juin 2009	✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Child Development Institute	28 octobre 2009	
Chittaro, Eddie	15 juin 2009	
Citizens Commission on Human Rights Canada		✓
Clark-Wittenberg, Sue	9 septembre 2009	
Coalition Against Psychiatric Assault	23 septembre 2009	✓
Comité consultatif pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances	11 septembre 2009	✓
Comité de santé mentale et de bien-être du Conseil scolaire du district de la vallée de la Thames	16 juin 2009	✓
Comité juridique sur la santé mentale	23 septembre 2009	
Commission de la santé mentale du Canada		✓
Commission ontarienne des droits de la personne	7 octobre 2009	✓
Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities	25 novembre 2009	✓
ConnexOntario ³	24 mars 2010	✓
Conseil d'administration des services sociaux du district de Thunder Bay	11 septembre 2009	✓
Conseil de planification sociale de Sudbury	10 septembre 2009	
Conseillers et conseillères des collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario	9 septembre 2009	✓
Corporation canadienne des retraités concernés, division de l'Ontario	8 septembre 2009	✓
Cortese, D' Leonardo	15 juin 2009	
Csiernik, D' Richard	16 juin 2009	✓
Cunningham, Mary K.		✓
Dandy, Cathy	8 septembre 2009	✓
de Camps Meschino, D' Diane	16 septembre 2009	✓
de Mercedes-Angelssen, Vincent	23 septembre 2009	✓
Dealberto, D' Marie-José	9 septembre 2009	✓
Downtown Guelph Fetal Alcohol Spectrum Disorder Support Group	8 septembre 2009	✓
Drug Awareness Committee of Thunder Bay	11 septembre 2009	
Drummond, Heather	23 septembre 2009	✓
Dubois, Catherine et Germain Dubois	9 septembre 2009	
Dufresne, D' Annette	15 juin 2009	✓

³ Cette présentation était à huis clos pour des raisons techniques. .

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Dukes, Mark	7 octobre 2009	
Duncan, Heather A.		✓
Echo : pour l'amélioration de la santé des Ontariennes		✓
Elgin Respite Network	16 juin 2009	✓
Elgin St. Thomas RAISE Coalition (Reducing Addictions – Increasing Safe Environments)	16 juin 2009	✓
Elson, Steve	16 juin 2009	✓
Eshesh, Gamal		✓
Eva's Initiatives	21 octobre 2009	✓
Fair Share Task Force	8 septembre 2009	✓
Family Advocates for Mental Health and Addictions		✓
Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario	25 novembre 2009	✓
Ferguson, Kerry	16 juin 2009	
Fetal Alcohol Spectrum Disorder Stakeholders for Ontario	21 octobre 2009	✓
Fine, Randi	18 novembre 2009	✓
Fink, Judith	17 juin, 2009	✓
Finn, Paul et Denise Finn	18 juin 2009	✓
Forsdyke, Patricia	18 juin 2009	✓
Frederick, Mary Ellen	17 juin 2009	
Frontline Partners avec le Youth Network	21 octobre 2009	✓
Fuller, Moira E.		✓
General Practice Psychotherapy Association		✓
Gillies, Catherine	11 septembre 2009	
Goering, D ^r Paula	27 mai 2009	✓
Gorski Centre for Applied Sciences	8 septembre 2009	✓
Gray, D ^r John	9 décembre 2009	✓
Groupe de familles de la région d'Ottawa		✓
Gunn, Margareth		✓
H.M., M ^{me}	30 septembre 2009	✓
Hacio, Lois		✓
Hadida, Donna		✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Halton Region Our Kids Network	28 octobre 2009	✓
Hamilton Addiction and Mental Health Collaborative	17 juin 2009	✓
Hartman, Joy A.		✓
Heath, D' David	8 septembre 2009	✓
Home Suite Hope Shared Living Corp.		✓
Hope Place Centres	8 septembre 2009	✓
Hôpital général de Guelph, Unité d'urgence en santé mentale		✓
Hôpital général de Hawkesbury and District General Hospital; Centre Royal-Comtois Center; D' Suzanne Filion		✓
Hôpital général de Weeneebayko		✓
House of Sophrosyne	15 juin 2009	✓
Hudson, Barry	23 septembre 2009	
Huron Perth Healthcare Alliance	16 juin 2009	✓
Hussman, Jack		✓
Initiative ontarienne de développement favorisant l'aide entre pairs		✓
Institut Gestalt de Toronto	18 novembre 2009	✓
Jabalee, Christina, Jennifer Takacs et Carol Farkas	28 octobre 2009	
John Howard Society of Hamilton, Burlington et région		✓
Johnson Purden, Sherri	10 septembre 2009	
Kairow, Iris	30 septembre 2009	✓
Kinark Child and Family Services	8 septembre 2009	✓
Kinna-aweya Legal Clinic	11 septembre 2009	✓
Kirby, Michael	27 mai 2009	
Koka, D' Rayudu	10 septembre 2009	✓
La Société canadienne de l'ouïe	16 juin 2009	✓
Lavallée, Diane	14 avril 2010	✓
Layton, John		✓
Legacy of Hope Foundation		✓
Lester, D' Bob	2 décembre 2009	✓
Lindsey, Heather	15 juin 2009	✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
London Health Sciences Centre; St. Joseph's Health Care	16 juin 2009	✓
Long, Victoria	23 septembre 2009	✓
Lurie, Steve (voir aussi Association canadienne pour la santé mentale, section de Toronto)		✓
MacLean, Sandra	11 septembre 2009	✓
Magpie Publishing		✓
Mainstay Housing		✓
Marcil, André (voir aussi Services de counselling Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls)	14 avril 2010	✓
Margaret Frazer House	8 septembre 2009	
Martin, Neasa	8 septembre 2009	✓
McCaffrey, C.J.	9 septembre 2009	✓
McGrattan, Lorraine et Paul Hamel	17 juin 2009	✓
McLelland, Maureen; Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital	10 septembre 2009	✓
McNeely, Joyce	9 septembre 2009	✓
Mederak, Jane	30 septembre 2009	✓
Mental Health Rights Coalition	17 juin 2009	✓
Ministère de l'Éducation	3 juin 2009	✓
Ministère de la Promotion de la santé	22 avril 2009	✓
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	22 avril et 9 décembre 2009	✓
Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels	6 mai 2009	✓
Ministère des Affaires autochtones	6 mai 2009	✓
Ministère des Affaires civiles et de l'Immigration	6 mai 2009	✓
Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse	3 juin 2009	✓
Ministère des Services sociaux et communautaires	6 mai 2009	✓
Ministère du Procureur général	22 avril 2009	✓
Minwaashin Lodge, Centre de soutien aux femmes autochtones	9 septembre 2009	✓
Modi, Rakesh	25 novembre 2009	✓
Municipalité régionale de Halton, Bureau du président		✓
Municipalité régionale de Peel, Bureau du président		✓
National Association for the Dually Diagnosed	28 octobre 2009	✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Nickel-a-Drink for Addictions and Mental Health Research Foundation	28 octobre 2009	✓
Noojmowin Teg Health Centre	10 septembre 2009	✓
Northumberland Poverty Reduction Action Committee	18 novembre 2009	✓
O'Hara, Frank (Family Council/Secret Handshake)	23 septembre 2009	✓
O'Reilly, D ^r Richard	14 avril 2010	✓
Oborne, D ^r David W.		✓
Offord Centre for Child Studies	17 juin 2009	✓
Ontario Art Therapy Association	16 juin 2009	✓
Ontario Association for Suicide Prevention	18 novembre 2009	✓
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors	25 novembre 2009	✓
Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, région 7	9 septembre 2009	
Ontario Coalition of Mental Health Professionals	30 septembre 2009	
Ontario College Health Association		✓
Ontario College of Family Physicians	16 septembre 2009	✓
Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders	25 novembre 2009	✓
Ontario Federation of Indian Friendship Centres		✓
Ontario Long Term Care Association	4 novembre 2009	✓
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences	18 juin 2009	✓
Ontario Society of Psychotherapists	30 septembre 2009	
Organe de coordination de la lutte contre les dépendances du district de Champlain	9 septembre 2009	✓
Organismes communautaires de justice pénale		✓
Ormston, Hon. Edward F. (juge)	7 juin 2010	
Parents for Children's Mental Health	8 avril 2009	✓
Partenariat des RLISS (réseaux locaux d'intégration des services de santé)	28 avril 2010	✓
Paterson, Penny et John Paterson	18 juin 2009	
Pilon, Colette	10 septembre 2009	✓
Pitfield, Terrie	10 septembre 2009	
Première nation oneida de la Thames		✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Programme de santé mentale de l'Hôpital Hôtel Dieu/Hôpital général de Kingston	4 novembre 2009	✓
Programme de soins en établissement Bethany	2 décembre 2009	✓
Programme oser rêver	9 septembre 2009	
Programmes de Counselling Nord du Supérieur	11 septembre 2009	✓
Projet Caritas	21 octobre 2009	✓
Psychiatric Survivors of Ottawa	9 septembre 2009	✓
Purdon, Joanne	4 novembre 2009	✓
Raising Our Children's Kids (Canada)	17 juin 2009	
Ramakrishnan, Madhuri et Kris Ramakrishnan	17 juin 2009	✓
Renascent		✓
Réseau de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Champlain		✓
Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario		✓
Réseau des services de santé mentale du district de Champlain	9 septembre 2009	✓
Réseau télémédecine Ontario	18 juin 2009	✓
Réseaux communautaires de soins spécialisés	2 décembre 2009	✓
Rideauwood Addiction and Family Services	9 septembre 2009	✓
Robin, Cindy	10 septembre 2009	✓
Robinson, Gary	8 septembre 2009	
Ross, Marvin	8 septembre 2009	✓
Russell, Jane	9 septembre 2009	
Sacks, D' Diane	28 octobre 2009	
Sandy Lake First Nation		✓
Santé mentale pour enfants Ontario	3 juin et 2 décembre 2009	✓
Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario	3 juin 2009	✓
Self Help Alliance	16 juin 2009	✓
Seniors Health Research Transfer Network	4 novembre 2009	✓
Service de police régional de Durham; Institut universitaire de technologie de l'Ontario; Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences; Collège Durham	21 avril 2010	✓
Services à la famille - Ontario	18 novembre 2009	✓

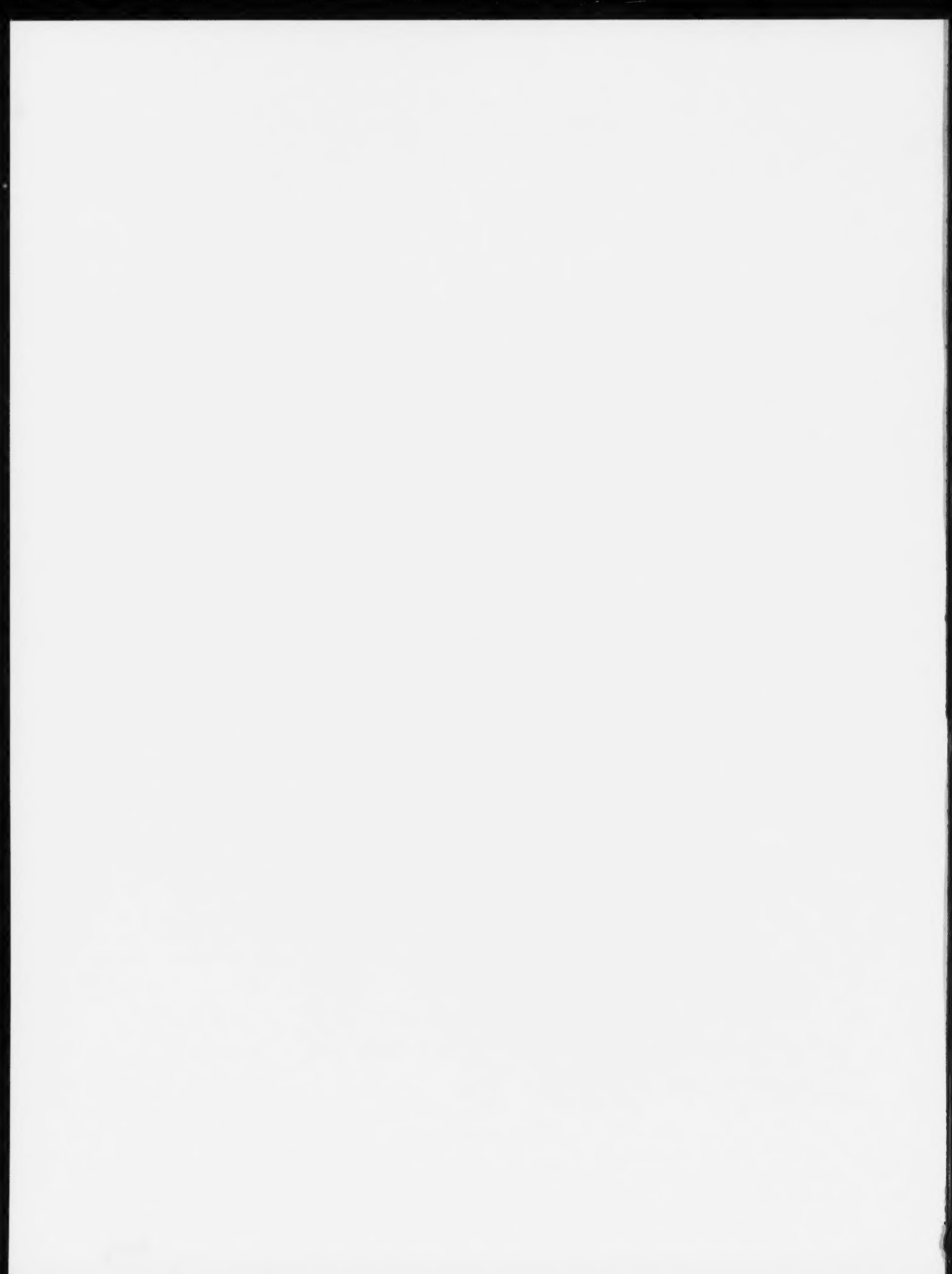
Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Services communautaires LOFT	8 septembre 2009	✓
Services de Counselling Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls Counselling Services (voir aussi André Marcil)		✓
Services de santé mentale de Durham	3 juin 2009	✓
Services de santé Royal Ottawa	9 septembre 2009	✓
Shearon, Victoria	15 juin 2009	
Sherring, Rena		✓
Simpson, David	16 juin 2009	
Sioux Lookout Community Action Partnership for Fetal Alcohol Spectrum Disorder	11 septembre 2009	✓
Sioux Lookout First Nations Health Authority		✓
Société Alzheimer de Thunder Bay	11 septembre 2009	✓
Société Alzheimer Society d'Ottawa et de Renfrew County	9 septembre 2009	✓
Société Alzheimer Society de l'Ontario	16 juin 2009	✓
Société Alzheimer Society de Sudbury-Manitoulin	10 septembre 2009	✓
Société Alzheimer, North Bay et District	10 septembre 2009	✓
Société canadienne de pédiatrie	9 septembre 2009	✓
Société de schizophrénie de l'Ontario	16 septembre 2009 et 21 avril 2010	✓
Société de schizophrénie de l'Ontario, section de Thunder Bay	11 septembre 2009	✓
Société John Howard de l'Ontario	21 avril 2010	✓
Société John Howard de Sault Ste. Marie		✓
Société John Howard de Sudbury		✓
Société John Howard de Thunder Bay et du district	11 septembre 2009	✓
Société John Howard de Toronto		✓
Société John Howard de Waterloo-Wellington		✓
Société John Howard du Canada	18 juin 2009	✓
Southern Network of Specialized Care		✓
St. Jude Community Homes (Voir Santé mentale pour enfants Ontario)	2 décembre 2009	
Starr, Rév. Sky	7 octobre 2009	✓
Stevenson, D' Cameron	18 juin 2009	✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Stone, Jordan et Bowen McConnie (Secret Handshake)	30 septembre 2009	✓
Stress Reduction Program		✓
Success By 6 Ottawa	9 septembre 2009	
Sudbury Action Centre for Youth	10 septembre 2009	✓
Sullivan, D' Terrence	2 juin 2010	✓
Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario	9 septembre et 2 décembre 2009	✓
Teskey, Patricia	8 septembre 2009	
The Dream Team		✓
The Men's Project	9 septembre 2009	✓
The New Mentality	4 novembre 2009	✓
Thomas, Lynn		✓
Tides Centre/Social Venture Network		✓
Tregunno, Kevin	8 septembre 2009	
Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, Coalition d'Ottawa	9 septembre 2009	✓
Tyson, Judy	17 juin 2009	
United Way/Centraide Ottawa	9 septembre 2009	✓
Usselman-Tod, Simone	21 octobre 2009	✓
Vérificateur général de l'Ontario	13 mai 2009	✓
Ville de Toronto, Administration des abris, des soutiens et du logement	21 octobre 2009	✓
Voukelatos, Vicky		✓
Wass, Gaby	16 juin 2009	
Waterford Family Council	18 novembre 2009	
Weber, James	8 septembre 2009	✓
Weeneebayko Area Health Authority Traditional Healing Program		✓
Westfall, Marlene	17 juin 2009	
Wesway		✓
Whitney, Diane		✓
Wiebe, Jean	17 juin 2009	✓
Windsor-Essex County Drug Strategy Implementation Group	15 juin 2009	✓

Organisme/particulier	Date de comparution	Présentation(s)
Woodview Children's Mental Health and Autism Services		✓
Woodview Manor Parents' Council	4 novembre 2009	
X, M ^{me}	8 septembre 2009	
York Centre for Children, Youth and Families; Blue Hills Child and Family Centre; Kinark Child and Family Services	2 décembre 2009	✓
YouthLink	2 décembre 2009	✓
Zakrzewska, Eva	30 septembre 2009	✓
416 Community Support for Women	8 septembre 2009	

ANNEXE C

Établissements psychiatriques désignés de l'Annexe 1



ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES DÉSIGNÉS DE L'ANNEXE 1
En vertu de la *Loi sur la santé mentale de l'Ontario*¹

LIEU	NOM
Ajax	Rouge Valley Health System - Ajax and Pickering Health Centre
Barrie	Hôpital Royal Victoria
Belleville	Quinte Healthcare Corporation - Belleville General Hospital
Brampton	William Osler Health Centre - Brampton Civic Hospital, Brampton Hospital Campus
Brantford	Hôpital général de Brantford
Brockville	Services de santé Royal Ottawa – Brockville Mental Health Centre, y compris la Forensic Treatment Unit
	Établissement de traitement et Centre correctionnel de la vallée du Saint-Laurent, Unité de traitement en milieu fermé
Burlington	Hôpital Joseph Brant Memorial
Chatham	Public General Hospital Society of Chatham
Cornwall	Hôpital général de Cornwall
Goderich	Alexandra Marine and General Hospital
Guelph	Homewood Health Centre Inc.
Hamilton	Hamilton Health Sciences Corporation - Hamilton General Hospital, Chedoke Hospital, McMaster University Medical Centre, Henderson General Hospital
	St. Joseph's Health Care System - Centre for Mountain Health Services, St. Joseph's Hospital
Kenora	Commission ontarienne des droits de la personne
Kingston	Hôpital Hôtel-Dieu des Religieuses Hospitalières de St.-Joseph à Kingston/ Hôpital Hôtel-Dieu
	Hôpital général de Kingston
	Pénitencier de Kingston, Centre de traitement régional
	Centre de soins continus Providence, Services de santé mentale
Kitchener	Grand River Hospital Corporation – Centre de santé de Kitchener-Waterloo
Lindsay	Hôpital Ross Memorial
London	Regional Mental Health Care, London - St. Joseph's Health Care, London

¹ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, «Information publique : Services de santé dans votre collectivité - Établissements psychiatriques désignés en vertu de la *Loi sur la santé mentale*» mis à jour le 27 octobre 2003, dernière modification : 26 avril 2010. Site Internet : <http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/psychf/designatedf.html>, consulté le 23 juillet 2010.

	St. Joseph's Health Care, London
	Centre des sciences de la santé de London - University Campus, Victoria Campus
Markham	Hôpital Markham Stouffville
Mississauga	Hôpital Credit Valley
	Trillium Health Centre-Mississauga
Newmarket	Centre de santé régional Southlake
Chutes Niagara	Système de santé de Niagara - Greater Niagara General Hospital
North Bay	Hôpital général de North Bay
	Centre de santé mentale du Nord-Est – Campus de North Bay
Oakville	Halton Healthcare Services Corporation - Oakville-Trafalgar Memorial Hospital
Orillia	Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Oshawa	Lakeridge Health Corporation - Oshawa
Ottawa	Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
	Hôpital Montfort
	Hôpital Queensway Carleton
	Centre de santé mentale Royal Ottawa - Services de santé Royal Ottawa
	Centre de santé Royal Ottawa –Centre régional pour enfants, Hôpital Royal Ottawa
	L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic, Campus Général
Owen Sound	Grey Bruce Health Services - Owen Sound
Penetanguishene	Centre de santé mentale de Penetanguishene
Peterborough	Peterborough Regional Health Centre - Hospital Drive
Richmond Hill	Hôpital central de York
St. Catharines	Système de santé de Niagara - St. Catharines General
St. Thomas	Regional Mental Health Care, St. Thomas - St. Joseph's Health Care, London
Sarnia	Hôpital général de Sarnia
Sault Ste. Marie	Hôpital public Plummer Memorial
Stratford	Hôpital général de Stratford
Sudbury	Centre de santé mentale du Nord-Est – Campus de Sudbury
	Centre de santé mentale du Nord-Est – Centre psychiatrique régional pour enfants
	Hôpital régional de Sudbury
Thunder Bay	St. Joseph's Care Group - Lakehead Psychiatric Hospital
	Hôpital régional de Thunder Bay

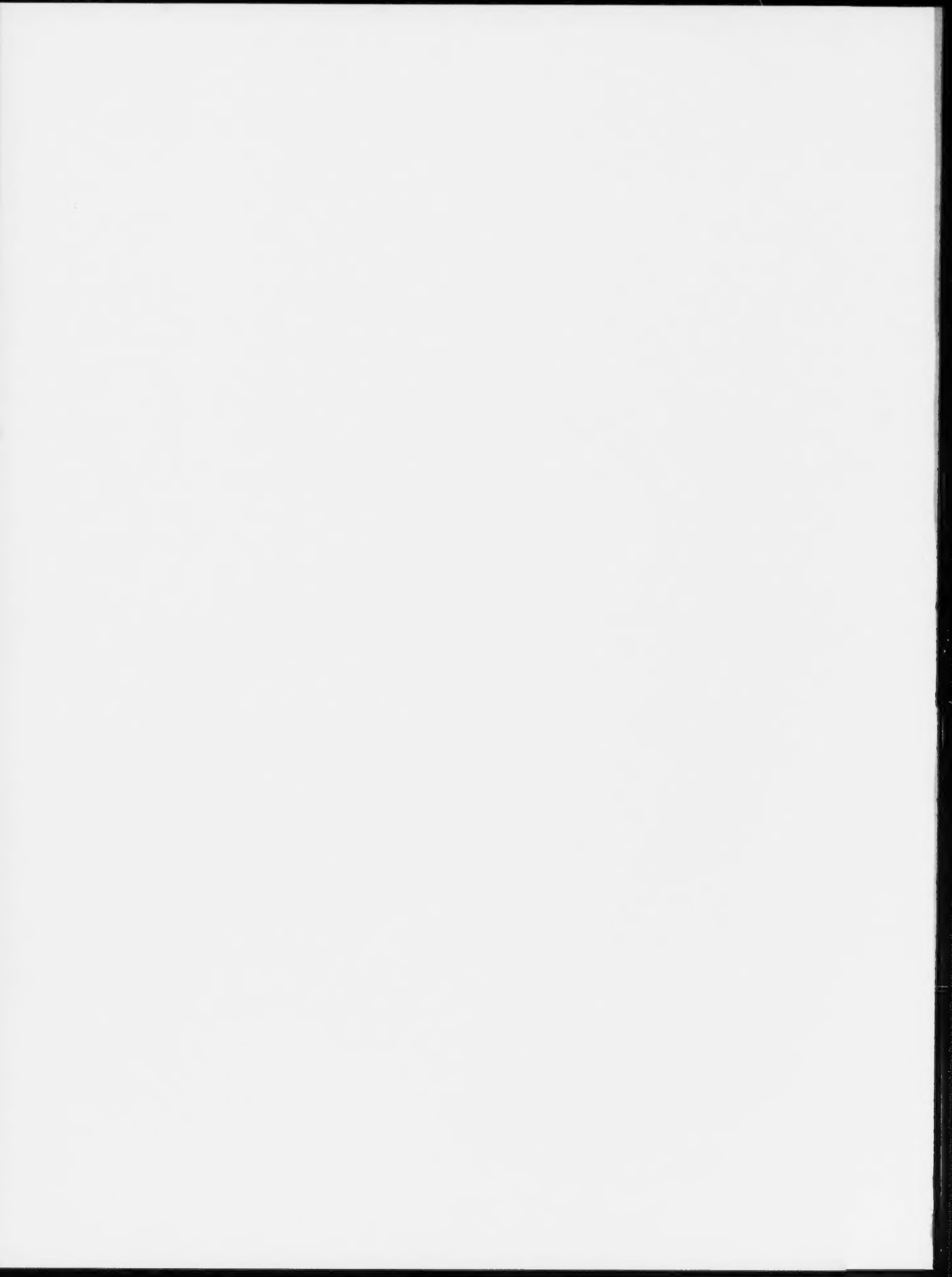
Timmins	Timmins and District Hospital/L'Hôpital de Timmins et du district
Toronto	Rouge Valley Health System - Centenary Health Centre
	Scarborough Hospital - General Division, Grace Division
	North York General Hospital - General Division
	Humber River Regional Hospital - Finch Avenue, Church Street, Keele Street
	Centre de toxicomanie et de santé mentale
	Hôpital Baycrest
	William Osler Health Centre - Etobicoke Hospital Campus
	Hôpital Mount Sinai
	Trillium Health Centre - Queensway
	St. Joseph's Health Centre
	St. Michael's Hospital - Bond Street, Wellesley Central
	Centre des sciences de la santé Sunnybrook
	Toronto East General and Orthopaedic Hospital Inc.
	Réseau universitaire de santé - Toronto General Hospital, Toronto Western Hospital, Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital
Welland	Système de santé de Niagara - Welland Hospital ²
Whitby	Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Windsor	Hôtel-Dieu Grace Hospital - Hôtel-Dieu of St. Joseph's
	Hôpital régional de Windsor
Woodstock	Hôpital général de Woodstock

² Ancien Hôpital général du comté de Welland



Annexe D

Loi sur la santé mentale, Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé et Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario



Introduction

Cette annexe résume les dispositions de la *Loi sur la santé mentale de l'Ontario* concernant l'admission, en cure facultative ou obligatoire, dans des établissements psychiatriques, ainsi que celles de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* concernant le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

La Loi sur la santé mentale

Un des objets de la Loi sur la santé mentale (LSM) de l'Ontario est d'énoncer les critères d'admission pour les patients, en cure facultative ou obligatoire, des établissements psychiatriques¹.

Formule 1 – Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin

En vertu de la LSM, si un membre de la famille ou un fournisseur de soins réussit à persuader une personne de consulter un médecin, le médecin en question peut évaluer le patient selon une liste de critères visant à déterminer s'il satisfait au « critère du préjudice grave ».

15.(1) Si un médecin examine une personne et a des motifs valables de croire que celle-ci, selon le cas,

(a) a menacé ou tenté de s'infliger des lésions corporelles ou menace ou tente de le faire;

(b) s'est comportée ou se comporte avec violence envers une autre personne ou de manière à lui faire craindre qu'elle lui causera des lésions corporelles

(c) a fait ou fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même,

et qu'en plus, il est d'avis que cette personne souffre selon toute apparence d'un trouble mental d'une nature ou d'un caractère qui aura probablement l'une des conséquences suivantes,

(d) elle s'infligera des lésions corporelles graves;

(e) elle infligera des lésions corporelles graves à une autre personne

¹ L.R.O. 1990, chap. M.7. Site des Lois-en-ligne, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m07_f.htm, consulté le 29 juillet 2010.

(f) elle souffrira d'un affaiblissement physique grave,

il peut, sur la formule prescrite, présenter une demande d'évaluation psychiatrique de cette personne.

Il importe de noter qu'il n'est pas nécessaire de satisfaire à tous les critères énoncés aux alinéas a), b) et c. Le médecin doit plutôt établir l'existence d'un seul des comportements décrits. Cependant, il doit aussi déterminer que le trouble mental causera probablement l'un des préjudices décrits aux alinéas d), e) et f)² Il est aussi possible pour un agent de police de procéder à une évaluation semblable et d'amener sous garde cette personne dans un lieu approprié (en général, un hôpital) afin qu'elle soit examinée par un médecin³.

Le document que le médecin doit remplir est connu sous le nom de « Formule 1 » ou « Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin ». Une fois rempli, il permet à quiconque d'amener la personne qui fait l'objet de la demande à un établissement psychiatrique pour qu'elle y soit détenue aux fins d'une évaluation psychiatrique pendant au plus 72 heures⁴. Personne n'a le droit de demander à la Commission du consentement et de la capacité (CCC) d'examiner les critères d'émission d'une Formule 1. La CCC est le tribunal administratif qui a le pouvoir de régler les questions liées à la capacité, au consentement, à l'admission civile et à la prise de décisions au nom d'autrui (par un mandataire)⁵.

Formule 2 – Ordonnance d'examen

Une autre option dont disposent les membres de la famille ou d'autres parties qui font face à une situation de ce genre est de comparaître devant un juge de paix pour présenter de l'information sous serment selon laquelle la personne en question souffre d'un trouble mental⁶. La « Formule 2 » ou « Ordonnance d'examen en vertu de l'article 16 » est remise à la police et l'autorise à appréhender la personne et à la détenir pour qu'elle soit examinée par un médecin⁷.

Formule 3 – Certificat d'admission en cure obligatoire

Après avoir été amenée à l'hôpital et y être restée pendant 72 heures aux fins d'évaluation, la personne peut être admise contre son gré pour une période plus longue seulement si les conditions énoncées au par. 20(5) de la LSM sont satisfaites. En vertu de

² Katharine Byrick et Barbara Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario* (Toronto, Association des hôpitaux de l'Ontario, mars 2009), p. 31.

³ *Loi sur la santé mentale*, art. 17.

⁴ *Ibid.*, art. 15(5).

⁵ Selon le site Web de la CCC, plus de 80 % des demandes présentées à la CCC portent sur la révision en vertu de la *Loi sur la santé mentale* du statut de malade en cure obligatoire d'un patient d'un établissement psychiatrique, ou sur l'examen en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé* de la capacité d'une personne de consentir à un traitement ou de le refuser.

⁶ Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 33.

⁷ *Loi sur la santé mentale*, art. 16.

ce paragraphe, les symptômes du trouble mental doivent être tels que le patient s'infligera des lésions corporelles graves, en infligera à une autre personne ou souffrira d'un affaiblissement physique grave à moins d'être détenu dans un établissement psychiatrique⁸. D'autres conditions de l'admission en cure obligatoire ont été ajoutées à la LSM en 2000 afin de tenir compte des personnes souffrant d'une maladie mentale récurrente⁹.

La loi prévoit différentes sauvegardes contre l'admission en cure obligatoire. Le médecin qui remplit une Formule 3, qui est le « Certificat d'admission en cure obligatoire », ne peut pas être celui qui a rempli la Formule 1, ce qui introduit un deuxième avis médical dans le processus. De plus, le premier certificat d'admission en cure obligatoire vient à expiration après deux semaines et le premier certificat de renouvellement est valide pour un mois. Les certificats de renouvellement subséquents sont assujettis à des limites de temps. Le patient a le droit de demander à la CCC de déterminer si les critères d'émission ou de renouvellement d'un certificat d'admission en cure obligatoire ont été respectés. Même si le patient choisit de ne pas faire appel à la CCC, la LSM prévoit que le quatrième certificat de renouvellement doit être examiné par la Commission¹⁰.

La Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé

La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* (LCSS) de l'Ontario régit le consentement au traitement et la capacité de donner ce consentement¹¹. L'admission d'une personne dans un établissement psychiatrique et le traitement subséquent de cette personne dans cet établissement sont considérés comme des questions distinctes en Ontario.

Un principe fondamental des soins de santé en Ontario est que le traitement ne doit pas être administré sans le consentement de la personne traitée¹². Les avocates en matière de santé Katherine Byrick et Barbara Walker-Renshaw résument la situation comme suit :

Si le patient est capable, c'est à lui de décider s'il consent au traitement proposé ou s'il le refuse. Si le patient est incapable, on demandera à un mandataire spécial de prendre la décision en son nom¹³.

La LCSS prévoit un test de capacité à deux volets. Une personne est capable à l'égard d'un traitement si elle est apte (1) à comprendre les renseignements pertinents à l'égard

⁸ Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 36.

⁹ Ces dispositions sont énoncées au par. 20(1.1) de la LSM.

¹⁰ Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 40.

¹¹ L.O. 1996, chap. 2. Site des Lois-en-ligne, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96h02_f.htm, consulté le 29 juillet 2010.

¹² Byrick et Walker-Renshaw, *A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario*, p. 7.

¹³ Ibid. Il y a exception en cas d'urgence ou si une personne a été accusée d'une infraction au criminel (et si elle doit être traitée afin de pouvoir subir son procès). Ces exigences sont énoncées au par. 25(3) de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et au par. 672.59(1) du Code criminel, L.R.C. 1985, ch. C-46..

de la prise d'une décision et (2) à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision¹⁴.

Aucun traitement ne peut commencer si le patient indique qu'il a l'intention de demander ou qu'il a demandé à la CCC, par voie de requête, de réviser la constatation d'incapacité, sauf en cas d'urgence¹⁵. À moins que les parties ne consentent à un ajournement, la CCC doit tenir une audience dans les sept jours qui suivent la réception de la requête et elle doit fournir une copie de sa décision aux parties le lendemain. Si la CCC confirme la décision d'incapacité du praticien, le traitement ne peut pas commencer si le patient en appelle de la décision de la Commission devant les tribunaux.

Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)* de l'Ontario régit la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé par les dépositaires de renseignements sur la santé, incluant les hôpitaux et les praticiens de la santé (art. 3(1))¹⁶.

La *LPRPS* est une loi fondée sur le consentement. Par exemple, la *LPRPS* exige le consentement exprès d'une personne à la divulgation de ses renseignements personnels sur la santé à une personne autre qu'un dépositaire de renseignements sur la santé (art. 18(3)a)). Les personnes peuvent également refusé ou retiré leur consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels sur la santé à un dépositaire de renseignements sur la santé, même si l'objectif consiste à fournir ou à aider de fournir des soins de santé (art. 20(2)). L'explication suivante est fournie dans une *Feuille-info* publiée par le Bureau du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario,

[En vertu de la *LPRPS*], la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé qui concernent un particulier doivent avoir lieu avec le consentement exprès ou implicite de ce particulier, sous réserve d'exceptions limitées¹⁷.

Une de ces exceptions limitées peuvent se présenter si le dépositaire « a des motifs raisonnables de croire que cela est nécessaire pour éliminer ou réduire un risque considérable de blessure grave menaçant une personne ou un groupe de personnes » (art. 40(1)).

¹⁴ *Loi sur le consentement aux soins de santé*, par 4(1).

¹⁵ *Ibid.*, art. 18(3) et (4).

¹⁶ L.O. 2004, chap. 3. Site Internet : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04p03_f.htm, consulté le 21 juillet 2010.

¹⁷ Bureau du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario, *Le verrouillage, Feuille-info*, juillet 2005, site Internet : <http://www.ipc.on.ca/images/Resources/fact-08-f.pdf>, consulté le 21 juillet 2010.